CONCOURS POUR L'AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Section de Chirurgie et d'Accouchements

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur V. BUÉ

Ancien Chef de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Lille
Lauréat de l'Académie de Médecine (Prix Tarnier 1902)



LILLE
LE BIGOT FRÈRES, IMPRIMEURS-ÉDITEURS
25, rue Nicolas-Leblanc, 25

1904

TITRES UNIVERSITAIRES
ET FONCTIONS DANS L'ENSEIGNEMENT

Docteur en Médecine, juillet 1892.
Aide de Clinique obstétricale 1890-1892.
Chef de Clinique obstétricale de 1892 à 1901.
Externe des Hôpitaux de Lille 1889.
Admissible aux épreuves définitives du Concours d'Agrégation 1895.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Membre de la Société obstétricale de France.
Membre correspondant de la Société d'Obstétrique de Paris.
Membre correspondant de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pœdiatrie de Paris.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Officier d'Académie.
Récompense à l'Académie de Médecine (Prix Capuron 1902).
Lauréat de l'Académie de Médecine (Prix Tarnier 1902).

ENSEIGNEMENT

Cours et démonstrations cliniques à la Clinique obstétricale de Lille. De 1893 à 1902.
Conférences complémentaires aux Élèves Sages-Femmes. De 1893 à 1902.

OBSTÉTRIQUE GÉNÉRALE

Accouchements et Maladies des femmes en couches, par L. Gaulard, professeur de Clinique obstétricale, et V. Bué, chef de Clinique obstétricale. — Un volume in-8°, 600 pages. Vigot frères, Paris, 1901.

C'est un manuel de thérapeutique obstétricale, à l'usage des Praticiens et des Etudiants en Médecine.

Influence de la position eur la forme et les dimensions du bassin. — Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique. — Bonnaire et Bué, Amsterdam, 1899.

Ce rapport, rédigé en collaboration avec M. le professeur-agrégé Bonnaire, est consacré à l'étude des modifications dans les dimensions des divers étages du bassin suivant l'attitude donnée à la femme enceinte ou en travail. Il comprend plusieurs parties :

1° Une revue historique concernant la mobilité des articulations pelviennes pendant la grossesse, des recherches directes sur cette mobilité effectuées à l'asile Michelet, par M. Bonnaire, sur 500 femmes.

Les résultats ont été :

10 n'ont présenté aucune mobilité appréciable.

408 ont offert une mobilité pelvienne de 1 millim. environ en sens vertical.

52 ont offert une mobilité de 1 à 3 millim.

Cette mobilité physiologique tient à un ramollissement des tissus péri-osseux qui concourent à former l'articulation ; le ramol-

lissement est lui-même sous la dépendance directe d'une infiltration de sérosité qui se caractérise par une épaisseur plus grande de ces tissus, facilement constatable au niveau de la symphyse pubienne par exemple. Cette infiltration est une conséquence de la grossesse qui imprime à tout l'appareil génital et aux organes voisins une surexcitation nutritive ; elle tend à s'exagérer sous l'influence de certaines conditions parmi lesquelles on a coutume de citer la multiparité, la marche, le travail dans la station debout, le port de fardeaux. Toutes les causes augmentant le volume de l'utérus, grossesse multiple, hydramnios, enfant volumineux, tumeur compliquant la grossesse, seraient également des facteurs de ramollissement plus accentué par suite de la gène de la circulation en retour et de la stase veineuse dans les parties inférieures du tronc.

2° L'application de cette mobilité aux mouvements des os du bassin. C'est ce qui explique la possibilité du mouvement de nutation de Zaglas, de Duncan.

Et déjà Zaglas, en 1851, montre que dans la station verticale, le détroit supérieur est aussi grand que possible; l'inclinaison du corps en avant, avec flexion des membres inférieures sur le tronc, dans l'attitude couchée, aurait pour effet d'agrandir le détroit inférieur dans le sens antéro-postérieur.

Ces changements seraient l'effet d'un mouvement d'oscillation du sacrum autour d'un axe imaginaire passant par la deuxième vertèbre sacrée. Et l'on remarque que, dans l'acte de la parturition, la nature conduit la femme à prendre instinctivement l'attitude la plus favorable à la progression fœtale.

3° L'historique de la question même.

En 1881, Crouzat rapporte dans sa thèse l'expérience cadavérique qu'il institue pour contrôler le mouvement du promontoire signalé par Zaglas et Duncan. Au cours de ses recherches, il « plaça le corps horizontalement et le tira hors de la table jusqu'à ce que le bord de celle-ci fût placé suivant une ligne passant par le milieu des symphyses sacro-iliaques; puis, tandis qu'on maintenait par les aisselles le thorax immobilisé sur la table, il laissa tomber les membres inférieurs perpendiculairement

au sol. Le diamétre promonto-sus-pubien était augmenté de 2,5 millim. »

Donc, dès 1881, Crouzat a mesuré un bassin puerpéral dans la position d'extension forcée du tronc ; il fut le premier à étudier scientifiquement les effets de l'attitude d'hyperextension.

La même année, Korsch étudiait la possibilité de l'agrandissement du bassin et admettait un maximum de 9 millim. pour le diamétre antéro-postérieur du détroit supérieur, de 24 millim. pour le diamétre transverse du détroit inférieur.

Balandin (1883) ne trouve, au détroit supérieur, qu'un agrandissement possible de 1.5 millim. nul en pratique ; au détroit inférieur, l'augmentation est plus notable.

Phœnomenow établit que cette particularité est surtout marquée dans les bassins cyphotiques, résultats confirmés en 1892 par Tarnier et Potocki.

Mais, tous ces auteurs n'étudient que l'influence des tractions mécaniques et seul Crouzat a utilisé l'attitude d'hyperextension, le tronc prenant point d'appui par la région sacrée sur un plan résistant.

Cette attitude semble avoir été usitée empiriquement pour faciliter l'accouchement, dés le XVIe siécle.

Sebastiano Melli, d'aprés Pazzi, imagina et recommanda la position avec les jambes pendantes.

Dans l'ouvrage de Ploss, il y a deux figures, tirées de Mercurius Scipio (1595), qui représentent la position en hyperextension. Dans l'une, la femme est placée de telle sorte que, agenouillée sur le plancher, elle se renverse assez loin en arriére pour que les épaules et la téte reposent sur un coussin placé au-dessous, tandis que les coudes prennent appui sur le plancher et contribuent à soutenir le corps. Dans l'autre, le siége de la femme repose sur le bord du lit, les jambes étant pendantes.

Cette attitude correspond exactement à celle connue en Allemagne sous le nom de « Walcher Hangelage ».

C'est, en effet, en 1889 que Walcher expose que le conjugé d'un bassin rétréci est modifiable par l'attitude donnée à la parturiente.

Dans l'attitude couchée, la partie supérieure du corps légèrement relevée, les genoux fléchis et solidement appuyés sur le ventre, le promontoire est très accessible. Lorsqu'on place la même femme, le siège au bord du lit, un coussin sous le sacrum, les membres inférieurs pendant dans le vide aussi loin que possible en bas et en arrière (c'est la position étudiée par Crouzat), on sent, à mesure que s'abaissent les membres inférieurs, le promontoire reculer.

Six mensurations ont donné entre les deux attitudes une différence de 8 à 13 millim. pour le conjugué.

En 1893, Walcher pense que la position jambes pendantes est en état de suppléer à la symphyséotomie.

Léopold, Wehler, Küster, Kalt, Currier, Jardine, Huppert, Pazzi, Mangiagalli, La Torre, Calderini adoptent les conclusions de Wacher et rapportent des cas cliniques tendant à en démontrer toute la valeur.

En 1891, Klein publie un mémoire sur la question. Le détail de ses expériences est consigné dans les thèses de Zaleski et Altal Merk.

Les mensurations ont été effectuées dans quatre attitudes :

1° Dans la position de l'hyperextension;

2° Dans l'attitude de repos (décubitus dorsal);

3° Dans l'attitude obstétricale;

4° Dans l'hyperflexion.

Entre ces deux attitudes extrêmes, la différence de longueur du conjugué vrai peut varier de 5,2 millim. à 6,8 millim. Mais, au point de vue pratique, cette différence n'a pas de valeur, car elle ne représente pas celle qui existe réellement entre les dimensions prises dans l'attitude obstétricale ordinaire et dans l'hyperextension.

Un conjugué vrai de 70 millim. peut par l'hyperflexion être raccourci jusqu'à 63 millim. et agrandi par l'hyperextension jusqu'à 73 millim. Il y a bien un écart de 10 millim., ce qui n'empêche pas l'agrandissement réel de ne pas dépasser 3 millim.

Si bien que Klein conclut que l'on ne doit pas compter faciliter par la « Hangelage » l'accouchement d'une femme à bassin

vicié et que la valeur thérapeutique du conseil de Walcher est sans importance.

En 1894, Varnier, à la suite de recherches faites dans la position de Walcher appuyée (deux aides vigoureux ajoutant leur poids à celui des membres inférieurs), se rallie aux conclusions de Klein. Ils n'a jamais constaté un agrandissement dépassant 3 millim.

Des conclusions analogues sont soutenues au Congrès de Moscou par Pinard et Varnier.

L'emploi de l'attitude en hyperflexion n'est pas non plus une nouveauté obstétricale. On peut en effet la comparer au point de vue des rapports de situation des membres par rapport au tronc avec la position accroupie, la position de la défécation, la position genu-pectorale.

Or, l'accouchement dans la position à genoux ou dans la position accroupie remonte à la plus haute antiquité, dit Schrœder; cette attitude est usitée chez la plupart des peuples asiatiques, aussi bien que chez les Abyssins et les Indiens d'Amérique. L'histoire, ou la légende, rapporte aussi qu'en Grèce, dans les temps les plus reculés, on accouchait sur les genoux et les coudes ou dans la position accroupie.

A. Paré décrit l'attitude qui convient à la femme en travail : les jambes, portées en flexion extrême, sont ligottées, les talons au contact des fesses, et les membres pelviens ainsi fléchis sont maintenus et ramenés au-devant de l'abdomen par une bande passant en sautoir derrière la nuque « ainsi qu'on lie ceux auxquels on extrait la pierre de la vessie ».

Zaglas et Duncan ont bien remarqué qu'au moment de l'expulsnio les femmes prennent instinctivement une attitude analogue à celle de la taille.

Laborie a montré combien le diamètre transverse du détroit inférieur est susceptible de gagner en étendue au moment de l'accouchement.

En 1897, O. Schmidt (de Moscou) rapporte que depuis 8 ans il emploie avantageusement la position de la taille pendant l'accouchement, quand la tête fœtale se trouve dans l'excavation ou au détroit inférieur.

4° L'exposé des recherches effectuées à la Maternité de Lariboisière et à la Clinique obstétricale de Lille.

La moyenne de nos mensurations nous a donné, par la position dite de Walcher, un gain de 3,5 millim. pour l'engagement au détroit supérieur. Ce gain est bien minime. Si l'on veut bien considérer que la position en hyperextension est très fatigante pour la femme, qu'elle apporte une gêne considérable aux manœuvres obstétricales, on conviendra qu'en pratique les avantages qui découlent d'un léger agrandissement du détroit supérieur se trouvent compensés, et au-delà, par les difficultés opératoires.

Par la position de la taille, les genoux vis-à-vis des épaules, on obtient, en moyenne, une augmentation de 16 à 18 millim. dans le diamètre bis-ischiatique.

La position de la taille la plus favorable n'est autre, en somme, que la position physiologique de la défécation appliquée à l'attitude couchée.

En cas de cyphose pure, consécutive au mal de Pott, le résultat sera des plus appréciables. Il existe en pareil cas une mobilité excessive du sacrum qui tient à ce que l'engrènement des surfaces articulaires est adultéré du fait de l'attraction de cet os en haut et en arrière. Les surfaces articulaires sont ainsi défigurées et s'emboîtent mal; il y a un jeu anormal.

Comment agit la position de la taille ? Elle imprime au sacrum un mouvement de nutation maximum ; la base se porte en avant, la pointe en arrière, d'où agrandissement du diamètre sous-sacro-sous-pubien. Les os iliaques subissent en même temps un mouvement de bascule autour d'un axe dirigé d'avant en arrière et s'étendant du milieu de l'interligne pubien à l'extrémité correspondante de l'axe de nutation du sacrum, de telle sorte que les crêtes illiaques se rapprochent l'une de l'autre pendant que les ischions s'écartent au maximum.

5° Conclusions. — I. Les dimensions du bassin, spécialement au niveau des deux détroits, supérieur et inférieur, peuvent se modifier suivant l'attitude imprimée au tronc et aux membres pelviens de la femme.

II. Ce changement de rapports entre ces divers diamètres du

bassin est dû au relâchement des symphyses pelviennes, qui se produit sous l'influence de la grossesse.

III. Le jeu des articulations sacro-iliaques permet un mouvement de bascule du sacrum autour d'un axe transversal, passant à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs de cet os. (Mouvement de nutation de Duncan).

IV. La forme des surfaces articulaires sacro-iliaques et l'emboitement cunéiforme en sens vertical du sacrum entre les deux os coxaux commandent les mouvements de bascule de ces deux os, qui s'effectuent en même temps que la nutation du sacrum.

V. Quand la base du sacrum se propulse en avant, vers le pubis, la partie supérieure des os iliaques bascule de dehors en dedans. Par ce mouvement complexe, le détroit supérieur se rétrécit principalement d'avant en arrière et accessoirement en sens transversal.

VI. Quand le détroit supérieur s'élargit, le détroit inférieur diminue dans tous ses diamètres, en raison de l'antépulsion du coccyx et du rapprochement concentrique des deux ischions. Par contre, les diamètres de ce dernier détroit, spécialement le bis-ischiatique, augmentent par l'antépulsion de la base du sacrum et le rejet des ailes iliaques en dedans.

VII. L'attitude d'hyperextension du corps entier, le tronc prenant appui sur la région sacrée sur un plan résistant, a pour effet d'agrandir le détroit supérieur en sens sagittal, à la fois par le rejet de la base du sacrum en arrière et par l'abaissement des pubis.

VIII. Nos expériences ont montré que l'agrandissement du détroit supérieur en sens sagittal est moindre que ne l'a indiqué Walcher. Il est en moyenne de 3 à 4 millimètres.

IX. L'attitude du pelotonnement des membres pelviens sur le tronc, en position de la taille périnéale, rétrécit le détroit supérieur.

Par contre, elle élargit considérablement le détroit inférieur. dans le sens transversal. L'accroissement moyen du diamètre bis-ischiatique a été de 16 à 18 millimètres dans nos expériences, en passant de l'attitude hyperétendue à celle de la taille.

X. Le degré d'agrandissement du diamètre promonto-pubien-

minimum ne peut être évalué par le toucher mensurateur, l'abaissement des pubis, dans la position hyperétendue, modifiant les rapports de longueurs qui existent entre ce diamètre et le diamètre promonto-sous-pubien, seul directement mesurable.

XI. L'emploi de la position hyperétendue est indiqué soit pour permettre la descente spontanée, soit pour effectuer l'engagement de la tête à l'aide des forceps, soit pour extraire la tête dernière retenue au détroit supérieur rétréci. Toutefois, la gêne apportée aux manœuvres obstétricales dans cette attitude de la femme annihile, en pratique, une partie des avantages qui découlent d'un léger agrandissement du détroit supérieur.

XII. L'emploi de la position de la taille périnéale est beaucoup plus profitable ; mais il est moins souvent indiqué que celui de l'attitude d'hyperextension. On doit le réserver pour les cas où il existe un rétrécissement du détroit inférieur (bassin cyphotique), pour ceux où la tête enclavée en présentation du front dans le petit bassin doit être extraite par le forceps, pour ceux encore où la tête étant extraite, les épaules sont arrêtées sur le plancher du bassin, en raison de l'excès du volume du tronc.

A l'inverse de l'attidude en hyperextension, l'attitude de la taille favorise les interventions obstétricales, en présentant au mieux le champ opératoire à l'accoucheur.

XIII. L'agrandissement maximum est réalisé avec la position de la taille périnéale, quand les genoux sont exactement vis-à-vis les épaules, et non portés ni en abduction, ni en adduction.

GROSSESSE NORMALE ET PATHOLOGIQUE

Du souffle utérin. — Thèse inaugurale, Lille, 1892.

Après rappel des quelques notions générales concernant les caractères du souffle utérin, ses diverses appellations, l'époque de son apparition, son timbre, son intensité, son siège, nous abordons l'étude de la question du mécanisme du souffle utérin.

Pour éviter des répétitions dans l'historique, nous le faisons rentrer dans les diverses considérations qu'entraîne la pathogénie de ce phénomène stéthoscopique.

Quatre théories sont en présence :

1° Théorie placentaire ;

2° Théorie épigastrique ;

3° Théorie iliaque ;

4° Théorie utérine.

Nous discutons la valeur de ces diverses théories pour accepter la théorie utérine.

Nous nous sommes efforcé d'être plus précis et de montrer que le souffle maternel de la grossesse se produit bien dans les parois utérines, mais dans la région de l'utérus qui correspond à l'insertion placentaire, au moins dans la grande majorité des cas.

Dans la grossesse extra-utérine ayant dépassé le sixième mois, on perçoit aussi de temps en temps un bruit de souffle.

Où se produit-il ? Les observations de Kœberlé, Enos Rigelow, Pinard, Gaulard et Paquet, montrent que, à l'autopsie ou pendant la laparotomie, on a trouvé le placenta inséré où on avait perçu le souffle. D'où le nom que nous lui avons donné : souffle gravidique extra-utérin. Par contre, on ne peut le percevoir

quand le placenta est inséré en un point inaccessible au stéthoscope (obs. de M. Gaulard, dans notre thèse).

Etant donné ce rapport existant pour la grossesse extra-utérine, il était légitime de se demander s'il n'en est pas de même pour la grossesse utérine.

C'est dans ce but que nous avons entrepris des recherches, avec le concours de notre ami Carette, interne de service.

Aussi souvent que nous avons pu le faire, pour éviter toute chance d'erreur qui eût pu faire naître une idée préconçue, nous nous sommes partagé la besogne. L'un de nous auscultait et, sans en faire part à l'autre, prenait note du point où il avait perçu le foyer maximum du bruit du souffle; l'autre recherchait après l'accouchement, en introduisant la main dans l'utérus immédiatement après la sortie de l'enfant, le lieu d'insertion du délivre et en prenait note également. Les résultats étaient ensuite contrôlés et c'est ainsi que nous avons pu vérifier l'exactitude de notre hypothèse dans la majeure partie des observations que nous rapportons dans notre thèse.

Ce que l'examen direct nous a permis de constater, on peut le prévoir et en soupçonner fortement l'exactitude par le raisonnement. Le souffle utérin se produit dans les vaisseaux de la paroi utérine, tout le monde l'admet maintenant; n'est-ce pas au niveau de l'insertion du placenta que ces vaisseaux et ces sinus sont les plus volumineux et les plus nombreux.

La persistance du souffle après la délivrance n'infirme en rien notre théorie; les vaisseaux utérins ne se rétractent pas plus au niveau de l'aire placentaire que dans les autres régions de l'utérus; on peut même penser que cette rétraction est moindre à cause de l'épaisseur plus restreinte de la paroi musculaire au point placentaire. Rien n'empêche donc le souffle de se produire encore pendant les deux ou trois premiers jours qui suivent la délivrance.

La pathogénie du souffle utérin ainsi comprise, sa valeur séméiologique prend une importance un peu plus grande pour le diagnostic de la grossesse. Nous ajouterons que ce souffle nous a permis plusieurs fois de soupçonner une insertion vicieuse du placenta, vérifiée plus tard par d'autres signes.

Cette notion pathogénique peut encore fournir des indications au point de vue opératoire : qu'il s'agisse d'opération césarienne ou qu'il s'agisse de choisir, certaines autres conditions mises à part, entre la laparotomie et l'élytrotomie dans les cas de grossesse extra-utérine. De même, dans cette dernière, après le faux travail, sa disparition permet de soupçonner fortement la suppression de la circulation placentaire et sert ainsi de critérium pour l'époque de l'intervention.

Pathogénie de l'éclampsie puerpérale fondée sur sa nature microbienne. — Bulletin médical du Nord, 1892.

En collaboration avec M. le professeur Combemale, nous avons fait quelques recherches sur le sang des femmes éclamptiques au point de vue bactériologique.

Dans cinq cas, nous rencontrâmes le staphylocoque. Y a-t-il une relation de cause à effet entre la présence de ces staphylocoques et les accès éclamptiques ?

La théorie microbienne de l'éclampsie a déjà été proposée par divers auteurs. Mais ce qui frappe, c'est la variabilité des espèces microbiennes rencontrées.

L'accès éclamptique se trouve être en dernière analyse séméiotique une attaque épileptiforme. Personne n'ignore combien de corps chimiques, inorganiques ou organiques, lorsqu'ils circulent dans le sang, sont susceptibles de produire ces attaques épileptiformes.

La pathogénie de l'accès éclamptique serait trouvée si l'on parvient à démontrer que les produits solubles du staphylocoque sont capables de produire expérimentalement les phénomènes éclamptiques.

Bien que présentant encore quelque chose de conjectural, la conception de la pathogénie de l'éclampsie que nous proposons a pour elle tout ce que l'on sait actuellement des effets des produits microbiens solubles sur le système nerveux.

Note sur un cas de mamelle supplémentaire. — Médecine moderne, 8 mars 1893.

Pathogénie et traitement des accès éclamptiques. — Archives de Tocologie, 1896, pages 640 à 668.

Dans ce mémoire, nous avons mis au point la question de la pathogénie et du traitement de l'éclampsie.

Après avoir rappelé la théorie nerveuse, dont Mauriceau a tracé les diverses interprétations, congestion cérébrale, anémie cérébrale, excitation nerveuse à point de départ utérin, nous abordons la théorie rénale, si longtemps en honneur, basée sur les relations si fréquentes de l'albuminurie et des accés éclamptiques.

Puis vient la théorie de l'auto-intoxication à laquelle nous donnons un développement plus considérable en raison de son importance. Cette auto-intoxication serait favorisée par l'état de grossesse : elle aurait son origine dans le foie, qui ne serait plus capable de neutraliser les toxines contenues dans le sang. A cette insuffisance hépatique s'ajoute le plus souvent, et secondairement, l'insuffisance rénale : de là la toxémie.

Jürgens et Klebs ont accusé les cellules désagrégées du foie de former des embolies qui seraient entraînées dans les divers organes et en particulier dans le systéme nerveux central : c'est la théorie embolique.

La théorie microbienne a été soutenue par plusieurs auteurs : l'hétéro-infection remplacerait l'auto-intoxication.

La théorie menstruelle a surtout été défendue par Schmoukler. Pendant la menstruation, l'économie se débarrasse de produits toxiques ; pendant l'état puerpéral, il n'y a plus de fonctions menstruelles, si bien qu'il se ferait dans l'économie une accumulation de produits toxiques. Cette hypothése de Schmoukler rattache sa théorie à celle de l'auto-intoxication.

De toutes ces théories, la plus vraisemblable, la plus généralement admise est celle de la toxémie. Mais pourquoi telle femme intoxiquée a des accés éclamptiques, alors que telle autre, dans ces mêmes conditions, y échappe ?

Les malades réagissent de façon différente sous l'influence de causes identiques : ce principe est applicable à l'auto-intoxication.

M. Tarnier fait une large part à la susceptibilité individuelle.

En 1893, M. Guéniot disait : l'éclampsie se compose essentiellement de deux éléments fondamentaux diversement associés entre eux : c'est d'abord la toxémie ou intoxication du sang, puis une hyperexcitabilité des réflexes médullaires.

M. Lancereaux admet également l'hyperexcitabilité de la moelle.

M. Ferrand reconnaît qu'il existe entre les appareils rénal et nerveux un retentissement mutuel. On voit beaucoup d'albuminuriques et relativement peu d'accidents nerveux urémiques. Cela dépend : 1° de l'état d'impressionnabilité du système nerveux de l'individu ; 2° de la forme pathogénique de l'intoxication.

Chez la femme enceinte, il existe parfois une excitabilité anormale du système nerveux, qui serait pour beaucoup dans la pathogénie des phénomènes éclamptiques.

Il y a des gravidiques albuminuriques qui n'ont pas d'accidents : leurs cellules nerveuses sont restées réfractaires à l'action irritante du poison urémique.

La part du système nerveux est encore bien démontrée par l'influence heureuse du traitement par le chloral et le chloroforme.

C'est ainsi qu'au point de vue pathogénique nous avons adopté la définition suivante : les accès éclamptiques sont une des manifestations les plus graves de l'auto-intoxication gravidique, aidée de l'excitabilité du système nerveux.

La thérapeutique de l'éclampsie a varié suivant les théories pathogéniques.

Le traitement, qui repose sur la pathogénie actuelle de l'auto-intoxication, comprend deux parties principales :

1° Traitement de l'auto-intoxication gravidique proprement dite, ou préventif de l'éclampsie ;

2° Traitement des accès éclamptiques.

Quels sont les moyens ? le régime lacté, les purgatifs, l'antisepsie intestinale, les bains, les inhalations d'oxygène.

Y a-t-il des accidents nerveux, s'adresser au chloral ; combattre les différents symptômes locaux dus à une toxémie accentuée s'impose parfois.

Faut-il provoquer l'avortement ? la question en sera rarement

posée, l'auto-intoxication ne survenant généralement que dans les derniers mois de la gestation. Elle sera résolue par l'affirmative si des symptômes graves menaçant la vie de la femme se manifestent malgré le traitement médical. L'avortement provoqué ne sacrifie pas le fœtus, dont l'existence est menacée (hémorragies placentaires, intoxication, etc.).

Plus souvent, la question de l'accouchement prématuré provoqué se pose.

MM. Tarnier et Pinard en ont donné les indications, que nous avons reproduites.

Soit que le traitement préventif ait été nul ou insuffisant, l'accès éclamptique se déclare.

Il y a un traitement médical et un traitement obstétrical.

Le traitement médical est analogue au traitement préventif; il comprend les mêmes indications :

1° Empêcher la production des toxines : régime lacté;

2° Favoriser leur élimination : Saignée, chez une femme phlétorique, cyanosée ; sérum artificiel ; purgatifs drastiques; bains chauds ;

3° Diminuer l'hyperexcitabilité du système nerveux : Chloroforme, chloral.

La morphine est employée en Allemagne, le veratrum viride en Amérique.

Soins généraux : éviter le refroidissement, les morsures de la langue, l'asphyxie par régurgitation des aliments dans le larynx.

Choix d'antiseptiques non toxiques.

Nous discutons enfin le traitement obstétrical. Tout le monde est à peu près d'accord pour terminer l'accouchement, sous chloroforme, lorsque la dilatation est complète.

Mais lorsque la femme est en état de crise éclamptique et que le travail ne se déclare pas, faut-il intervenir ? C'est ici que les opinions diffèrent.

A l'étranger, il est quelques partisans de l'intervention : provocation du travail, accouchement forcé, incisions du col, opération césarienne.

En France, M. Pamard donne du chloroforme et provoque le

travail ; si celui-ci est commencé, il fait de la dilatation manuelle et instrumentale. Robert (de Pau) a pratiqué l'accouchement forcé, dans certaines conditions de gravité.

MM. Pinard et Varnier, Charpentier rejettent toute intervention avant la dilatation complète.

Les accoucheurs sont cependant d'accord pour reconnaître que l'évacuation de l'utérus amène généralement une sédation des symptômes. Elle ne fait pas disparaître instantanément l'auto-intoxication, c'est certain, mais peut-être agit-elle favorablement sur le système nerveux.

Si l'on doit rejeter l'accouchement forcé, l'accouchement provoqué accéléré, il est permis, en cas de travail déclaré, de l'accélérer méthodiquement. Tel est l'avis de M. Tarnier (thèse Bottiau, 1895).

En résumé, pendant l'accouchement, si rien ne force la main, traitement médical et expectation jusqu'à dilatation complète; alors intervention sous chloroforme. Si les accidents sont menaçants, il est indiqué d'accélérer le travail d'une façon méthodique, en ayant recours à l'anesthésie.

Notre travail se termine par la relation des cas d'éclampsie observés à la Clinique de M. le Professeur Gaulard, du 1er janvier 1887 au 20 novembre 1896.

Sur 5,822 accouchements, 17 cas, 1/290.

15 principares, une secondipare qui avait eu de l'éclampsie à son premier accouchement, une VIII pare n'ayant jamais présenté d'accidents.

Les accès se sont montrés :

5 fois pendant la grossesse.

7 fois pendant le travail.

5 fois après la délivrance.

14 guérisons, 3 morts après l'acouchement 17.7 °/o. 18 enfants, 12 vivants, 6 étaient morts avant la naissance, dont 4 issus de mères qui ont succombé. L'accouchement spontané eut lieu 11 fois; la version fut pratiquée pour une présentation du tronc; 5 fois, on se servit du forceps, aidé dans un cas de la crâniotomie.

Le travail fut provoqué une fois; la femme succomba. Plu-

sieurs fois il fut accéléré par les injections vaginales chaudes.

Le ballon de Champetier fut employé une fois, avec succès pour la mère et pour l'enfant ; il en a été de même du procédé de Kraüse.

Traitement médical classique.

Décollement prématuré du placenta à insertion normale — Archives de Tocologie, 1894.

Deux faits intéressants, que nous avons pu observer à la Clinique obstétricale de Lille, à peu de jours de distance, ont été pour nous l'occasion de traiter la question du décollement prématuré du placenta normalement inséré.

Après un historique aussi complet que possible, vient l'étiologie de cet accident de la grossesse ou de l'accouchement. A côté de causes importantes, mais plus rares, il en est une qui les prime toutes : c'est l'albuminurie. Une de nos observations en est un nouvel exemple frappant.

Le diagnostic repose sur la constatation de quelques symptômes capitaux : Signes d'hémorrhagie plus ou moins abondante, que celle-ci soit exclusivement interne ou en même temps interne et externe ; exagération de volume de l'utérus, sa dureté particulière, son augmentation progressive en hauteur quand on peut suivre l'accident.

La présence d'albumine dans les urines aide au diagnostic.

Il faut distinguer cette hémorrhagie, quand elle est externe, de celle qui résulte d'une insertion vicieuse du placenta ; quand elle est interne, en présence de phénomènes généraux graves, il faut faire le diagnostic avec le thrombus, la rupture de l'utérus.

Une perte de liquide rosé, qui n'est autre que le sérum exprimé du caillot par la paroi utérine, peut faire penser à un écoulement hydrorrhéique légèrement sanguinolent.

Nous parlons enfin du diagnostic rétrospectif fondé sur l'examen des caillots et de la face utérine du placenta.

Le pronostic est d'abord très grave pour l'enfant ; il est sombre également pour la mère (Goodell, sur 106 cas, 54 cas de mort). D'où l'importance du traitement :

Prophylactique, lorsque l'albuminurie est reconnue : régime lacté absolu.

Curatif, lorsque l'accident est déclaré. Dans les cas bénins, la rupture des membranes peut suffire ; s'il y a un danger menaçant, il faut activer le travail, la marche de la dilatation et terminer l'accouchement par le forceps, la version, la basiotripsie suivant les circonstances.

L'enfant extrait, il faut pratiquer la délivrance artificielle et vider complètement l'utérus des caillots qu'il renferme. Injections intra-utérines à 48° et 50°.

Il importe de traiter l'état général et d'employer tous les moyens mis en usage pour les hémorragies graves.

Il est un point sur lequel nous avons insisté dans ce traitement : c'est l'injection de sérum artificiel. Ce procédé nous a donné d'excellents résultats. Le pouls, d'abord faible, petit, dépresssible, ne tarda pas, sous l'influence de cette injection, à reprendre son ampleur où tout ou moins à se rapprocher de l'état normal. C'est ce qui nous fut permis de constater à l'aide du sphygmographe, sur plusieurs tracés que nous avons pris.

De l'Accouchement prématuré dans les arthrites de la grossesse (en collaboration avec le docteur Tracou). — Arch. de Tocologie, janvier 1892.

Deux cas d'arthrite monoarticulaire chez des femmes enceintes, avec tendance à l'ankylose, se sont trouvés améliorés par l'évacuation de l'utérus.

De la Gangrène vulvaire dans l'état puerpéral. — Nord Médical, 1898.

Ce mémoire comprend, outre quelques généralités sur la question, l'observation d'une femme enceinte ayant présenté, à la suite d'un œdème vulvaire scarifié, une gangrène totale des deux grandes lèvres, ayant intéressé une grande partie du mont de Vénus. Nous fîmes l'ablation très large des régions sphacélées à l'aide du fer rouge. Guérison complète par bourgeonnement de la plaie.

De la Chorée gravidique. — Presse médicale, 1896.

Trois faits de chorée survenue pendant la grossesse forment la base de ce mémoire, dans lequel nous avons essayé de montrer le rôle étiologique de la gravidité dans la genèse de la chorée. Après avoir insisté sur les dangers de la chorée grave, nous avons posé la question de l'accouchement provoqué, qui nous semblait licite dans certaines circonstances.

Pyélo-néphrite gravidique. — *L'Obstétrique*, 15 mai 1886.

C'est au Congrès de Chirurgie, en 1892, que Reblaud rapporte quelques observations de pyélo-néphrite gravidique; en 1893, Vinay et Bonneau traitent cette question.

C'est en 1895 (septembre) que nous avons eu l'occasion d'observer un cas de pyélo-néphrite gravidique, dont nous donnons ici un résumé :

Primipare, ayant eu ses dernières règles dans les premiers jours de mars 1895. Vomissements fréquents pendant trois mois. En septembre, douleurs vives dans la région lombaire et la région abdominale, principalement du côté droit.

Albumine 0,50 ctgrs par litre. Régime lacté. Les douleurs ne s'amendent guère.

Je vois la malade fin septembre: fœtus mobile en O I G; inclinaison exagérée de l'utérus du côté droit; sensibilité anormale de la paroi abdominale, plus accentuée en certains points.

Douleurs vives du côté du rein droit, exagérées par la pression; empâtement de la région.

A plusieurs reprises, il y a eu une poussée fébrile (39°) qui se terminait par une sécrétion sudorale abondante ou cédait à une purgation.

Je portai le diagnostic: affection aiguë du rein droit. Traitement: régime lacté, ventouses sur la région lombaire et chloral, pour parer à l'insomnie. Amélioration.

Vers le 10 octobre, nouvelle poussée. L'analyse d'urine dénote de l'albumine, des leucocytes, des globules rouges et des cylindres.

Empâtement plus marqué, douleurs plus vives de la légion lombaire; matité étendue.

Il y a encore de la fièvre et une douleur spontanée s'irradie le long de l'uretère jusqu'à la vessie et presque dans le pli inguinal. Décubitus latéral droit impossible.

Diagnostic : pyélo-néphrite.

Traitement : lait, eau de Vittel, révulsion sur la région lombaire, purgatifs répétés.

Dès ce moment, nous avions proposé, si les symptômes ne s'amendaient pas, de provoquer l'accouchement dès le huitième mois ; le médecin traitant, remarquant une amélioration notable, laissa la grossesse aller à terme et fit l'accouchement le 24 décembre.

Le premier jour la température s'élève à 39° et le 16 je suis de nouveau appelé près de la malade : pas de douleurs, ni spontanées, ni provoquées, dans la région de l'utérus, mais du côté du rein, sensibilité extrême. Une déchirure du périnée, de nombreuses eschares vulvaires sont l'objet de soins spéciaux.

17 décembre : Température, 39°3 ; douleur dans la région hypogastrique ; le cathétérisme vésical ramène une notable quantité de pus.

18 décembre : Etat stationnaire.

19 décembre : Température, 40°6. Frisson violent. Corne utérine droite très douloureuse à la pression.

20 décembre : Température, 40°2. Curettage. Sérum antistreptococcique. Chute progressive de la température, guérison.

Jusqu'au 11 janvier, lait et eau de Vittel ; à partir de cette date, régime mixte.

La cause prédisposante de la pyélo-néphrite gravidique réside dans la compression de l'uretère, d'où sa plus grande fréquence à droite, à cause de l'inclinaison plus fréquente de l'utérus gravide de ce côté.

La cause déterminante est l'infection, d'origine sanguine le plus souvent. Quelle a été cette infection chez notre malade ? Il n'y avait aucune maladie antérieure ; il nous a semblé rationnel de la rapporter au coli-bacille. Nous avons fait remarquer que plusieurs des poussées fébriles observées ont cédé à un purgatif.

Cette constatation a été faite depuis lors par d'autres observateurs.

Nous-même avons pu la refaire à nouveau à propos d'une autre malade. Enceinte pour la seconde fois, elle éprouvait des douleurs abdominales assez vagues, que le médecin traitant considérait comme des menaces de fausse couche. Le traitement institué était le repos au lit et les lavements laudanisés.

Après un calme trompeur de quelques heures, les phénomènes douloureux reprenaient plus aigus, en même temps que la constipation devenait plus opiniâtre.

Appelé près de la malade, je reconnus cliniquement une pyélo-néphrite du côté droit ; l'urine contenait du pus en abondance.

J'appliquai quelques ventouses scarifiées au niveau du rein droit, ordonnai des purgatifs répétés, l'eau de Vittel et d'Evian seule pendant deux jours, puis le lait. Très rapidement les phénomènes morbides s'amendèrent.

Il n'est pas douteux que les lavements laudanisés, en augmentant la constipation, favorisaient l'évolution de l'affection. Cette notion pathogénique était à signaler.

Pendant la grossesse, avons-nous écrit à cette époque, nous avons institué un traitement médical, tout en proposant un traitement obstétrical, si la nécessité nous y obligeait. Cette conduite était prudente. En effet, M. Vinay dit que le traitement médical suffit dans les cas légers, et que si la maladie devient plus grave, l'accouchement prématuré se fait spontanément. Il reste à savoir si c'est la règle générale ; si la maladie semblait faire des progrès menaçants pour la vie de la femme, si l'accouchement, qui est chose heureuse dans ces cas, ne se faisait pas, nous croyons qu'il est permis de mettre fin à la grossesse, surtout quand le fœtus a des chances de survie très sérieuses. Attendre trop longtemps serait s'exposer à voir des troubles graves de la santé générale et des altérations telles de l'état local qu'une intervention chirurgicale s'imposerait. Qui sait ce que deviendrait le fœtus et s'il ne peut succomber lui-même par intoxication ?

L'accouchement provoqué a été depuis cette époque pratiqué chez des femmes atteintes de pyélo-néphrite gravidique.

De l'intestin dans l'état puerpéral. — Médecine moderne, 1898, N°s 11, 21, 30 et 36.

Dans cette revue générale, il est question des diverses particularités morbides qui influencent la fonctionnement de l'intestin et leur réaction sur la femme enceinte, en travail ou accouchée.

Ce sont les connexions physiologiques de l'utérus et de l'intestin qui permettent de comprendre l'influence réciproque de ces deux viscères.

A toutes les périodes de l'état puerpéral on peut observer la *Constipation.*

Elle peut être le résultat d'un obstacle mécanique au cours des matières fécales, tel qu'on l'observe dans la rétroversion de l'utérus gravide : de là des accidents divers : perforation du rectum par gangrène de la paroi, fistules utéro-rectales, péritonite d'origine colibacillaire sans perforation (observation de Chantemesse, Widal et Legry).

L'occlusion intestinale a été signalée un certain nombre de fois.

La constipation peut s'établir sans obstacle mécanique : on la regarde comme un phénomène sympathique de la grossesse.

Il y a différents degrés dans la constipation des femmes enceintes. Très prononcée, elle amène des accidents d'auto-intoxication, qui se traduisent par de la céphalée, du ptyalisme, des vomissements graves.

Tout récemment, nous avons pu faire cesser des vomissements reconnus incoercibles grâce à un lavement purgatif copieux.

La constipation favorise la fausse-couche chez les femmes prédisposées en déterminant la congestion utérine et des métrorrhagies. Certaines élévations de la température à la fin de la grossesse ne reconnaissent pas d'autre cause.

La réplétion du rectum empêche parfois l'accommodation fœtale par obstruction du pelvis; elle a donné lieu à des erreurs de diagnostic.

Elle favorise l'apparition des hémorrhoïdes avec tous leurs inconvénients.

On comprend toute l'importance de cette complication et de son traitement.

La *diarrhée* est plus rare ; elle coïncide le plus souvent avec la persistance d'un bon état général, mais parfois aussi on l'a rencontrée incoercible, débilitant la femme, provoquant l'avortement ou l'accouchement prématuré.

Ce n'est pas seulement dans la grossesse utérine que l'intestin est influencé. Dans la grossesse ectopique, Freund a signalé des coliques intestinales et de la diarrhée ; le kyste fœtal, se développant dans le petit bassin, comprime le rectum et en obture la lumière.

Des fistules kysto-intestinales s'observent fréquemment.

La fièvre typhoïde, affection à lésions prédominantes du côté de l'intestin, influence plus ou moins la grossesse, mais surtout à titre de maladie générale.

A propos de la *typhlite* et de *l'appendicite*, nous écrivions, en 1898, que ces affections coexistant avec la gravidité semblent se modifier dans leur allure et même dépendre de l'état gravide dans une certaine mesure. Nous rapportons quelques faits publiés alors d'appendicite pendant la grossesse ; nous essayons de nontrer comment la grossesse aggrave l'appendicite et inversement, comment elle la favorise par la constipation, la congestion pelvienne.

Le diagnostic différentiel de l'appendicite et d'une annexite, réveillée par la gestation, est étudié d'après les documents fournis par Vinay ; Walther, Cestan ont insisté sur les difficultés du diagnostic d'appendicite et de grossesse extra-utérine.

C'est la mise au point de la question à l'époque de notre mémoire. D'immense progrès ont été réalisés depuis cette date.

Les *hernies intestinales* font l'objet d'un chapitre spécial ; successivement, nous passons en revue les hernies inguinales, crurales, ombilicales, lombaires, vaginales. Quelques observations intéressantes sont rapportées, entre autres deux dues à M. le professeur Berger : l'une, hernie du cul-de-sac de Douglas (hernie vaginale, élytrocèle) ; l'autre, hernie postérieure de la grande lèvre.

Stoltz, le professeur Budin ont insisté dans leurs observations sur le diagnostic. Le traitement a été longuement étudié dans le mémoire de M. Berger (Annales de Gynécologie, 1896).

Le *rectocèle* n'est guère intéressante ; elle peut à la rigueur être une cause de gêne dans l'introduction des instruments.

Les *brides fibreuses périrectales*, signalées par M. Budin, peuvent occasionner des difficultés au moment de la parturition.

La hernie de l'intestin à travers une rupture du cul-de-sac postérieur, une déchirure de l'utérus, a été souvent observée. Se méfier des erreurs de diagnostic (Herrgott).

On a enfin signalé l'étranglement intestinal dans l'entonnoir formé par l'utérus inversé.

Notre travail se termine par la relation des accidents dus à la constipation pendant les suites de couches : retard à l'involution utérine, métrorrhagies, fièvre.

Il est important de connaître les pseudo-infections puerpérales d'origine intestinale, la possibilité des péritonites d'origine intestinale.

En effet, Barbier distingue deux formes de ces infections : 1° la lésion reste limitée à l'intestin ; 2° l'infection, d'abord intestinale, a gagné d'autres organes : utérus, vessie, péritoine, appareil circulatoire, etc.

L'intestin est lésé chez les femmes qui se trouvent intoxiquées pas les injections aux sels mercuriques.

De la rupture du sinus circulaire. — Revue obstétricale Internationale, 1897.

Nous avons pu observer deux faits indiscutables de rupture du sinus circulaire, en tout semblables à ceux décrits par M. le professeur Budin. Cet accident, s'il était cherché plus souvent, semblerait plus fréquent qu'on ne le pense.

Des endométrites gravidiques. — Presse médicale, 18 mars 1896.

Que l'endométrite préexiste à la grossesse ou se développe pendant celle-ci, il est reconnu que la coexistence de cet état physiologique et d'un état pathologique peut avoir lieu.

Diverses classifications ont été proposées ; les unes basées sur le siège du maximum de la lésion ; de là les endométrites gravi-

diques déciduales ou placentaires, auxquelles nous ajoutons l'endométrite cervicale.

Les autres reposent sur les lésions anatomo-pathologiques (Veit, Schrœder, Tarnier et Budin) :

Endométrite hyperplasique diffuse ;
» polypeuse ou tubéreuse ;
» kystique.

Il est rare de retrouver ces types à l'état de pureté; le plus souvent on a affaire à une endométrite mixte.

Il est enfin une autre classification d'origine symptomatique :

Endométrite catarrhale ou muqueuse;
» hémorragique;
» purulente.

Les conditions étiologiques des endométrites gravidiques ressortissent à l'état local et à l'état général.

Parmi les causes locales, à signaler : la blennorrhagie, la métrite puerpérale ancienne, la tuberculose utérine primitive, le cancer du col, les corps fibreux.

Un grand nombre de maladies générales peuvent retentir sur l'utérus et y déterminer de l'endométrite. L'endométrite syphilitique n'est pas douteuse, les altérations de la caduque, du placenta en sont la preuve.

La tuberculose, au cours de son évolution comme maladie générale, peut retentir sur l'utérus (Rémy).

Dans l'intoxication saturnine, on voit des femmes présenter des symptômes d'endométrite et expulser un fœtus vivant. L'examen des membranes y dénote une altération certaine.

Les maladies infectieuses aiguës interrompent la grossesse pour des raisons variées. Certains auteurs invoquent l'hyperthermie, d'autres l'infection du fœtus, ou bien encore la toxhémie maternelle, la surcharge du sang en acide carbonique, l'action des toxines sur le muscle utérin ou sur les centres nerveux qui président à la contraction utérine.

En 1891, Massin a étudié l'influence des maladies aiguës sur la muqueuse utérine.

Klotz incrimina l'endométrite hémorrhagique comme cause

efficiente de l'interruption de la grossesse dans la rougeole ; depuis longtemps, l'existence d'hémorrhagies intra-utérines est signalée comme cause d'avortement au cours de la variole (Pécholier, Serres, Spiegelberg, Hervieux, Chaigneau).

Goldstammer et Zuelzer admettent une inflammation primitive de la muqueuse utérine dans la fièvre typhoïde ; Slavjiansky a retrouvé des lésions utérines chez les femmes enceintes qui ont succombé au choléra.

L'action de l'influenza n'est guere contestée (Labadie-Lagrave, Gottschalk, Lambinon, etc.).

Zielinski admet même que les maladies du cœur, des reins peuvent déterminer une congestion utérine favorisant l'endométrite.

La grossesse compliquée d'endométrite peut se passer d'une façon normale. Souvent cependant il y a quelques phénomènes anormaux.

Sans attacher d'importance aux vomissements plus ou moins graves que quelques auteurs ont attribués à l'endométrite, nous voyons d'autres accidents, consistant surtout dans des écoulements par les voies génitales : leucorrhée, pertes aqueuses, pertes sanguines.

La leucorrhée n'est que l'exagération et l'altération morbide de la sécrétion utérine physiologique ; c'est un phénomène presque constant.

Les pertes aqueuses se montrent ou dans les premiers mois de la grossesse, ou dans les derniers.

L'hydropérionie est une sécrétion aqueuse survenant pendant les premiers mois de la grossesse, due à une hypersécrétion des glandes de la caduque enflammée et s'accumulant entre la caduque utérine et la caduque ovulaire avant leur fusion. A un moment donné, du liquide s'écoule à l'extérieur, peu abondant, de façon intermittente, incolore, plus rarement teinté en rose.

A partir du 4[me] mois, les caduques sont soudées, il n'y a plus d'hydropérione ; cependant il peut encore se produire des écoulements aqueux : hydrorrhée déciduale.

D'après Hégar, Spiegelberg, Schrœder, Tarnier et Budin, ce

symptôme serait une conséquence de l'inflammation des glandes de la caduque ; elle serait due à une endométrite séreuse.

Les pertes sanguines s'observent à toutes les époques de la grossesse.

Elles accompagnent parfois l'expulsion prématurée du fœtus. Jusqu'au 6me mois, il y a avortement ; mais pourquoi se produit-il ? Le fœtus est expulsé mort ou vivant.

S'il est mort, la fausse couche s'explique sans endométrite ; mais si tout d'abord il y a écoulement de sang, puis expulsion d'un fœtus vivant, et cela avec rétention de lambeaux de caduque, il semble que l'inflammation utérine reprenne ses droits.

L'hémorrhagie peut donc être primitive, mais les choses peuvent aussi se passer autrement ; il y a d'abord des pertes aqueuses, puis rosées, sanguinolentes et enfin sanguines ; l'avortement se fait et il y a rétention de caduque épaissie, polypeuse.

Le décollement prématuré du placenta inséré en lieu normal est parfois fonction d'une endométrite ; il y a eu d'abord des hémorrhagies placentaires qui ont gagné de proche en proche, ont fini par produire un hématone rétro-placentaire.

Plus souvent l'hémorrhagie est la conséquence d'une insertion vicieuse du placenta, elle-même effet d'une endométrite.

Kaltenbach, Hofmeier pensent que le placenta devient prævia ou bien parce que l'œuf rencontrant une muqueuse malade glisse sur le segment inférieur, ou bien parce que l'œuf se greffant sur cette muqueuse étend au loin ses attaches et le placenta devient prævia par excès d'étendue. Le terrain étant mauvais, il en faudrait une plus large surface pour satisfaire aux besoins de l'hématose fœtale.

La rupture prématurée des membranes s'explique par l'insertion basse du placenta.

La mort du produit de conception est due parfois à des hémorrhagies placentaires étendues ou à des altérations des villosités, qui sont étouffées par le processus inflammatoire de la caduque.

Toutes ces complications expliquent la fréquence de l'interruption prématurée de la grossesse.

A noter également l'expulsion des lambeaux de caduque.

Le rhumatisme utérin des anciens auteurs n'est pas autre chose que l'endométrite de la caduque (Vinay).

On a été jusqu'à admettre une relation de cause à effet entre l'endométrite et la môle.

Roy admet, dans sa thèse, que la grossesse peut être prolongée. « Un fait domine la séparation de l'œuf d'avec la paroi utérine, c'est le décollement des membranes. Ce décollement commence d'habitude par l'extrémité inférieure de l'œuf ; il peut ne pas se faire par suite d'adhérences des membranes au segment inférieur, adhérences consécutives à une endométrite ancienne, et la grossesse se prolonge par défaut du point de départ de l'excitation réflexe qui amène la contraction utérine ».

Les signes locaux de l'endométrite du corps sont à peu près nuls ; ils sont plus manifestes dans l'endométrite du col. On trouve là des érosions, des ulcérations, des fongosités, des polypes muqueux ; une accumulation de liquide épais qui oblitère le col peut même amener l'agglutination des lèvres de l'orifice externe et de tout le trajet cervical. En même temps, le col est gros, congestionné, douloureux.

Donc, au niveau du col, on rencontre :

1° L'endométrite hyperplasique, qui amène l'oblitération ;
2° » fongueuse;
3° » purulente.

L'endométrite gravidique peut modifier les phénomènes physiologiques du travail.

La contraction utérine est plus ou moins troublée par le fait de l'adhérence des membranes ; on peut voir du tétanisme utérin par suite de l'hyperexcitabilité des nerfs utérins enflammés.

La dilatation du col est pénible, parce que la contraction utérine est insuffisante, parce que les membranes sont adhérentes au segment inférieur (Hecker, Kaschewarowa), parce qu'il y a souvent rupture prématurée des membranes.

L'accouchement peut être troublé par des hémorrhagies ; la délivrance, surtout, est anormale : les adhérences du placenta, des membranes sont fréquentes ; la caduque est généralement retenue.

De là des suites de couches à tendances pathologiques, hémorrhagies, infection, sans compter la possibilité des déciduomes.

Le diagnostic d'endométrite gravidique est difficile. Dans la forme aiguë, l'examen rétrospectif de l'œuf permet seul de retrouver des traces de l'inflammation de la caduque. Dans la forme chronique, il faut étudier d'une façon spéciale les écoulements aqueux ou sanguins, les douleurs.

Le pronostic est sérieux pour le fœtus, en danger d'expulsion prématurée; il est grave aussi pour la mère, en raison des pertes de sang et des complications post-partum.

Le traitement prophylactique, c'est-à-dire la guérison de toute endométrite, est l'idéal. Mais, en présence d'une endométrite gravidique, le médecin ne pourra guère appliquer qu'un traitement symptomatique, pour parer aux divers accidents qu'occasionne la coexistence d'une grossesse et d'une endométrite.

Sur un cas de môle hydatiforme. — Nord médical, 15 novembre 1898.

L'intérêt de cette observation réside surtout dans les difficultés du diagnostic et dans le mode de terminaison de l'affection.

Mme X..., demeurant à Lille, âgée de 45 ans, a eu 8 grossesses. Les six premières donnèrent des enfants vivants et bien portants. La septième se termina par une fausse couche de 5 mois, suivie d'accidents infectieux, qui laissèrent une douleur plus ou moins vive au niveau des annexes du côté droit. La 8e grossesse alla à terme.

Depuis lors, santé bonne, règles normales jusqu'en janvier 1898. Quelques signes de grossesse : tension des seins, vomissement, éruption d'acné sur la face, constante dans les grossesses antérieures.

Vers le 25 janvier, 6 à 7 semaines après les dernières règles, légère perte de sang qui dura quelques jours et s'arrêta spontanément ; douleurs plus accusées dans la région hypogastrique droite.

15 février, nouvelle hémorragie.

Tels sont les renseignements obtenus à notre première visite à la fin du mois de mars.

L'examen général ne nous fait découvrir aucune maladie organique.

Examen obstétrical : ventre volumineux, par surcharge adipeuse et éventration. Seins augmentés de volume, tendus. Colostrum. La malade attache une grande importance à cette tension des seins, qui constitue pour elle un symptôme sérieux de grossesse.

Palper négatif, fond de l'utérus inaccessible à travers cette paroi abdominale épaisse, au milieu de toutes ces anses intestinales. La percussion dénote de la sonorité dans toute la région hypogastrique.

Au toucher, col légèrement ramolli, orifice externe entr'ouvert. Le toucher combiné au palper ne me permet pas mieux de distinguer le corps utérin ; à droite, tumeur grosse comme un œuf de pigeon, douloureuse, distincte de l'utérus. Le doigt vaginal est couvert de liquide sanguinolent, de couleur brunâtre, sans odeur spéciale.

Cet écoulement constitue le symptôme prédominant, nous essayons d'en analyser tous les caractères au point de vue de l'abondance, de la couleur, de l'intermittence ou de la continuité ; nous obtenons toujours la même réponse : « Docteur, je perds continuellement du sang. »

Quel diagnostic fallait-il poser ? Je me rangeai d'abord au suivant : grossesse probable, mais anormale. J'avoue que parmi toutes les anomalies qui se présentèrent à mon esprit, je penchai tout de suite vers le môle hydatiforme, sans toutefois m'y arrêter davantage. C'était un diagnostic à discuter après un nouvel examen.

Malgré le repos au lit, les injections chaudes, le sang coula pendant plusieurs semaines, tantôt assez coloré, tantôt plus pâle, jamais de pertes aqueuses.

L'état général restait bon ; mon diagnostic d'une grossesse probable me défendait toute intervention active.

Un jour, la malade me dit : « J'ai senti remuer ». Je palpai,

j'auscultai, toujours rien et cependant le 5e mois approchait.

Pendant tout ce temps, je discutai mon diagnostic et tour à tour, j'envisageai les hypothèses suivantes : grossesse extra-utérine, grossesse dans un utérus fibromateux, cancer du corps utérin avec ou sans grossesse, ménopause. Aucune ne pouvait me satisfaire, d'autant qu'au 5e mois je devais arriver à percevoir des parties fœtales. Je portai enfin le diagnostic de môle hydatiforme, en m'appuyant sur les signes suivants :

1° Phénomènes sympathiques de grossesse :

2° Ecoulements sanguins, mais de nature particulière, d'abondance variable, de coloration diverse, tantôt brunâtres, tantôt rouges, tantôt à peine colorés. Un jour, la vue de la chemise à peine teintée par l'écoulement fixa dans mon esprit l'idée de môle, comme dans une observation de M. Quénu.

3° Absence de parties fœtales, de battements cardiaques.

Il me manquait un renseignement important : le développement de l'utérus, malgré les variations dont il est capable au cours de la grossesse molaire. Il eut été intéressant de pouvoir apprécier la consistance de l'organe : il est tantôt mou, pâteux, dépressible, tantôt dur, régulier ou bosselé. Il était sans doute très mou dans notre cas.

La malade refusant toute intervention, les choses allèrent ainsi jusqu'au mois de juillet ; mais alors, les forces déclinaient ; les muqueuses se décoloraient, l'état moral était défectueux ; une intervention fut acceptée.

Je portai un pronostic sombre : l'anémie, la cachexie actuelle, les dangers d'infection, d'hémorrhagie abondante, la crainte du déciduome malin expliquaient mes réserves.

Le traitement consista dans l'évacuation de l'utérus avec le doigt et la curette ; elle s'accompagna d'une perte de sang sérieuse, qui céda au tamponnement de la cavité utérine ; ce pansement fut renouvelé plusieurs fois et la malade sembla guérir sans la moindre élévation de la température.

Le 27e jour après l'opération, au cours d'une promenade, hémorrhagie abondante qui nécessita le tamponnement intra-utérin.

Trois semaines plus tard, répétition du même accident.

Je fis part au mari de mes craintes au sujet d'une tumeur maligne et conseillai l'hystérectomie. On temporisa, l'anémie s'accentua, la cachexie progressa rapidement et bientôt l'opération était contre-indiquée par l'état trop précaire de la malade. Elle succomba en 48 heures à des phénomènes urémiques.

Conclusions :

1° Le diagnostic de la grossesse molaire est souvent difficile, quelquefois impossible, en présence du seul symptôme hémorrhagie.

2° L'écoulement séreux, à peine teinté, doit avoir une grande valeur au point de vue du diagnostic.

3° Le curettage a pu être fait sans perforation utérine, mais n'a pas empêché le déciduome ; il a sans doute été pratiqué trop tard, ou bien c'était une môle maligne d'emblée.

4° L'hystérectomie est la seule opération qui eût pu sauver cette malade.

Des vomissements incoercibles et du curettage dans la môle hydatiforme. Presse médicale, 21 juillet 1897.

Il est question dans ce mémoire de trois observations de grossesse molaire suivies par nous à la Clinique obstétricale de Lille. A côté des symptômes classiques, il en est un autre qui attira notre attention. Nos trois malades présentaient en effet des vomissements dits incoercibles. Cette constatation était assez intéressante et nous fit penser qu'il y avait là autre chose qu'une coïncidence.

Au cours de nos recherches bibliographiques, nous avons vu que d'autres observateurs avaient noté le même symptôme, mais sans y attacher une importance quelconque.

Une malade de M. Guéniot, enceinte d'environ trois mois, atteinte de vomissements extrêmement graves, faisant craindre à bref délai une issue funeste, expulsa une môle hydatiforme.

On trouve dans l'*Union Médicale* de 1873 une observation de Tuefferd, dans laquelle il s'agissait d'une môle hydatique considérable avec vomissements fréquents et même vomissements de sang.

M. Ouvry, dans sa thèse, dit : « Il n'est pas étonnant de rencontrer une anémie profonde chez des malades qui ont des hémorrhagies répétées, abondantes, parfois violentes, chez celles qui sont sujettes à des vomissements fréquents, prenant souvent le caractère des vomissements incoercibles. »

A ce propos, M. Ouvry cite les noms de Puech, Lander, qui auraient publié des cas analogues.

Il y a, dans cette thèse, une observation due à M. Gérard-Marchant, avec ce titre : « Môle vésiculaire du volume dn poing. Vomissements incoercibles. Cachexie rapide. Mort. »

Une autre, due à M. Champetier de Ribes, porte la mention suivante : « presque dès le début, des vomissements muqueux et alimentaires, quelquefois verdâtres, apparaissent et surviennent plusieurs fois par jour ».

M. le professeur Budin a également observé des cas analogues (Discussion à la Société obstétricale de France).

Depuis la publication de notre mémoire, nous avons vu, dans les périodiques, un certain nombre d'observations où se trouve signalée la coexistence de la grossesse molaire et des vomissements incoercibles.

Domond s'est inspiré de ce sujet pour sa thèse inaugurale (Paris 1898).

En raison de cette fréquence relative, nous avons ainsi posé la question de savoir si les vomissements graves ne doivent pas être considérés comme un signe de présomption de grossesse molaire. Et dans le cas particulier, n'est-on pas à mi-chemin du diagnostic lorsqu'on a songé à la possibilité de cette affection, pour laquelle on recherchera d'autres signes plus certains ?

Resterait à déterminer pourquoi il y a souvent des vomissements incoercibles dans ces cas pathologiques. S'agit-il d'accidents plus faciles d'auto-intoxication, ou bien y a-t-il exagération des réflexes à point de départ utérin ?

Après ce petit point de symptomatologie nous avons abordé l'étude du traitement de la môle hydatiforme.

Pour la première malade qui expulsa sa môle entièrement recouverte de caduque,. on ne fit rien de particulier dans les

suites de couches. Elle guérit, très-simplement, sans aucun accident.

La deuxième présenta des phénomènes infectieux qui résistèrent aux injections intra-utérines et au drainage à la gaze iodoformée. Le curettage fut pratiqué et bientôt tout rentra dans l'ordre.

Chez la troisième, le traitement fut encore plus nettement chirurgical. Le diagnostic de môle vésiculaire avait été posé; c'était une primipare avec un col fermé et ayant toute sa longueur. Après ouverture de ce col avec les bougies de Hégar, M. le Prof. Gaulard vida l'utérus avec la curette. Les suites opératoires furent très-simples.

Müller, Menge, Klein, Lohlein à l'étranger, Quénu, Champetier de Ribes, Potocki, Gérard-Marchant en France, ont pratiqué le curettage de l'utérus chez des femmes qui avaient expulsé une môle, sans déterminer aucun accident.

Moins nombreuses sont les observations qui indiquent qu'on s'est servi de la curette pour provoquer l'expulsion de la môle; Lander, Routier auraient procédé ainsi.

Tout ceci démontre qu'en y mettant de la douceur et de la prudence il est possible de curetter un utérus renfermant ou ayant renfermé une môle sans le perforer.

Sons doute le curage digital serait moins dangereux; mais il est moins facile chez des femmes dont le col utérin a conservé toute sa longueur. Dans notre observation III nous faisons remarquer que l'index pénétrait dans la cavité utérine à une hauteur de deux centimètres à peine et que ce doigt ne percevait aucune sensation de corps étranger. Il était insuffisant pour le diagnostic, à plus forte raison pour le traitement.

Il est évident que la curette est dangereuse pour ces cas de môles perforantes analogues à celui figuré par Wolkmann en 1867. Mais heureusement ces cas sont rares et ils le seront d'autant plus qu'on agira plus tôt, qu'on videra plus vite l'utérus de son contenu.

De là l'importance d'un diagnostic précoce, conduisant à un traitement rationnel, empêchant la pénétration de la tunique

musculaire par les éléments de la môle (cellules du syncitium, de la couche de Langhans, kystes vésiculeux eux-mêmes).

La curette est parfaitement capable de donner ce résultat. Nous venons d'en avoir la preuve tout récemment.

A la suite de l'expulsion d'une môle, une malade de la clinique présenta des phénomènes infectieux ; le professeur Gaulard fait le curettage et ramène de nombreux débris. La guérison semble devoir se faire, mais M. Gaulard, craignant un déciduome, décide d'enlever l'utérus. Il fut histologiquement démontré que la paroi utérine était indemne de toute altération et de tout envahissement par les éléments de la môle. La curette avait donc fait un nettoyage complet.

D'une façon générale, nous ne pouvons ainsi être partisan de l'hystérectomie chez toute femme portant une grossesse molaire. C'est là une opération grave, qui supprime de parti pris toute grossesse future, alors qu'il est bien reconnu qu'une grossesse normale peut succéder à une grossesse molaire.

L'hystérectomie semble avoir des indications précises : pénétration de la paroi utérine par les vésicules, celles-ci devenant perceptibles au palper ; rupture de l'utérus soit pendant l'évolution, soit pendant l'expulsion de la môle ; perforation instrumentale de la paroi utérine ; accidents infectieux ne cédant pas aux moyens habituels ; symptômes de déciduome.

Influsnce des tumeurs fibreuses ds l'utérus sur la grossesse. — Nord Médical, 1904.

Quatre observations ds tumeurs fibreuses de l'utérus compliquant la grossssse et l'accouchement. — Considérations sur le diagnostic. — L'Obstétrique, 1903.

Ces observations, provenant des malades que nous avons pu suivre, viennent montrer à nouveau que tantôt la grossesse est normale, tantôt compliquée, que l'accouchement a pu être terminé grâce à l'ascension de la tumeur.

Dans un cas, la myomectomie abdominale fut pratiquée par

le professeur Pozzi ; la grossesse continue son cours pendant six semaines. Des hémorrhagies survinrent alors qui amenèrent l'expulsion du fœtus.

Dans ce mémoire, nous avons étudié aussi complètement que possible la question du diagnostic différentiel : 1° de la grossesse et des fibromes utérins ; 2° des fibromes utérins compliquant la grossesse.

Dee rapports des tumeurs fibreueee de l'utérue avec la grossesee. — Mémoire inédit, présenté à l'Académie de Médecine pour le prix Capuron (1902). — Récompensé.

Kyste de l'ovaire et grossesse. — Nord médical, 1er janvier 1902.

Observation résumée :

L. Pauline est venue à la Clinique en mai 1900, « pour y accoucher », car elle se croyait enceinte.

M. le professeur Gaulard et moi reconnûmes un kyste de l'ovaire et pas de grossesse. Nous pratiquâmes l'ovariotomie. La tumeur, examinée par M. le professeur Curtis, semble de nature maligne et la récidive est à craindre. La guérison semble complète ; les règles reviennent régulièrement ; pas de douleurs abdominales.

25 décembre 1900, dernière apparition des règles, bientôt vomissements. Vers le 4me mois, ils deviennent plus fréquents ; en même temps troubles de la miction : pollakyurie, dysurie.

Au cours du 5me mois, la malade remarque que son ventre augmente de volume, mais surtout du côté gauche ; du même côté, douleurs assez vives pour empêcher le sommeil. Mouvements actifs du fœtus perçus à droite.

Le ventre s'accroît de plus en plus du côté gauche, la dysurie augmente, les douleurs sont de plus en plus pénibles. Etat général altéré : diminution de l'appétit, amaigrissemeut notable, déperdition des forces.

Entrée de la malade à la Clinique, le 20 juillet 1901.

Diagnostic de la grossesse facile : dans le flanc droit, tumeur

remontant à 4 travers de doigt au-dessus de l'ombilic, ayant la consistance de l'utérus gravide, se contractant par intervalles. Parties fœtales, battements du cœur perçus. Tête fœtale mobile au-dessus du détroit supérieur. Excavation libre.

Dans le flanc gauche, est une autre tumeur refoulant l'utérus à droite et le surmontant d'un travers de main; elle est mate à la percussion et la matité ne se modifie pas avec les changements de position de la malade. Pas de fluctuation; tension modérée; sensation de bosselures à la surface.

Circulation abdominale complémentaire. Au jour frisant, sillon de séparation entre l'utérus et la tumeur.

Diagnostic facile à porter, surtout en raison des antécédents: grossesse de sept mois environ, compliquée de kyste de l'ovaire multiloculaire.

En quelques jours, la tumeur remonte jusqu'à l'appendice xyphoïde.

Le 28 juillet, on n'entend plus les battements du cœur fœtal.

Le 3 août, laparotomie: extraction avec la main de nombreuses masses gélatiniformes. On arrive enfin sur un pédicule très friable qui se rompt une première fois après ligature. Une seconde ligature tient mieux.

Après toilette de la cavité abdominale, le ventre est fermé et le pansement appliqué.

Deux heures après, injection de morphine. Mais, le soir même, contractions utérines qui amènent l'expulsion du fœtus pesant 1.800 grammes. Il est sans vie et la mort remonte à plusieurs jours.

La malade sort guérie le 25me jour.

Cette observation nous a fourni l'occasion de rappeler succinctement les rapports des kystes de l'ovaire avec la grossesse. Elle nous montre une fois de plus l'influence de l'état de gravidité sur le développement des tumeurs ovariques. Voici, en effet, une malade opérée depuis un an d'un kyste de l'ovaire; elle semble guérie. Survient une grossesse et en quelques mois une nouvelle tumeur ovarique se développe.

Dans le cas particulier qui nous occupe, le kyste n'a subi

qu'une augmentation de volume ; il est exposé à d'autres accidents : 1° la torsion du pédicule, plus fréquente du 2me au 4me mois, devenant plus rare jusqu'à la fin de la grossesse, pour reprendre une fréquence relative au moment de l'accouchement ou pendant les suites de couches.

La torsion est brusque ou lente.

2° La suppuration, même en dehors de toute ponction ; souvent conséquence de la torsion du pédicule.

3° La rupture du kyste ; l'utérus gravide et le kyste se développant simultanément, leur compression réciproque augmente de plus en plus, si bien qu'à un moment donné la paroi kystique, moins résistante, ayant atteint sa limite d'élasticité, éclate au point le moins soutenu, généralement à la partie supérieure.

Pendant le travail, la compression d'un kyste abdominal peut être suffisante pour en amener la rupture ; mais ce sont surtout les kystes pelviens qui subissent ce sort.

4° Les hémorrhagies intra-kystiques sans torsion du pédicule.

5° Les poussées de péritonite.

La grossesse peut être troublée.

Un kyste petit occupe le plus souvent le cul-de-sac de Douglas ; s'il est libre, l'utérus le refoule au-dessus du détroit supérieur et la grossesse n'est guère gênée. S'il est adhérent, apparaissent des troubles de compression : vessie-rectum.

Un kyste volumineux occupe la cavité abdominale ; s'il est adhérent, il est capable, en couvrant le détroit supérieur, d'empêcher l'ascension de l'utérus : d'où sa rétroversion. S'il est libre et bien pédiculé, il monte avec l'utérus dans la cavité abdominale ; il est placé tantôt à côté, tantôt en avant ou en arrière de l'organe gestateur.

L'exagération de volume du ventre détermine un ensemble de phénomènes anormaux : troubles de la miction, douleurs abdominales, accidents cardio-pulmonaires, digestifs, œdème des membres inférieures, des grandes lèvres, etc.

Tous ces troubles sont d'autant plus accusés que l'accroissement du kyste est plus rapide.

On comprend ainsi pourquoi la grossesse est parfois inter-

rompue. Cependant cette interruption est relativement rare. Elle peut être due à la rétroversion de l'utérus, à ses adhérences avec le kyste (Guéniot), aux différents accidents dont le kyste est le siège.

La mort du fœtus a été observée. Tel est le cas de notre observation. Il en fut de même dans un second fait que nous avons suivi. Après ovariotomie, le soir même, fut expulsé un fœtus macéré.

Le travail de l'accouchement est souvent troublé par un kyste de l'ovaire.

Une tumeur abdominale dévie l'utérus, occasionne des douleurs qui font hésiter la femme à se servir de la presse abdominale. Règle générale, il n'y a pas dystocie.

Les kystes pelviens sont plus souvent dystociques.

L'accouchement peut cependant se faire dans certaines conditions : kyste petit et susceptible d'aplatissement, ascension d'une tumeur ovarique libre et pédiculée, rupture du kyste.

Une tumeur adhérente, un kyste dermoïde logé dans le cul-de-sac, a été entraîné par la tête fœtale tirée par le forceps, a rompu le vagin et est apparue à l'orifice vulvaire (Luschka et Berry).

Délivrance souvent facile, sinon délivrance artificielle.

Pendant les suites de couches, une tumeur ovarique qui a été longtemps comprimée peut s'enflammer, suppurer, se sphacéler et se rompre.

En résumé, une femme enceinte, en travail, ou accouchée, portant un kyste de l'ovaire, est exposée : d'une part à des malaises plus ou moins accusés, d'autre part à des accidents graves, rapidement mortels. Le fœtus est également compromis, soit par sa naissance prématurée, soit par les interventions pendant l'accouchement.

De là question de thérapeutique importante.

Nous devons envisager le traitement :

1° Pendant la grossesse :

L'expectation n'est guère acceptable que dans les cas où la tumeur petite, stationnaire, ne déterminant pas d'accidents, n'est

diagnostiquée que dans les derniers mois. Opérer à cette époque expose le fœtus à une naissance prématurée.

Les méthodes thérapeutiques véritables sont de deux ordres : les unes s'adressent à la grossesse elle-même, les autres à la tumeur.

L'interruption provoquée de la grossesse doit être rejetée, elle sacrifie le fœtus, sans avantage pour la mère, qui reste avec sa tumeur.

Restent les méthodes thérapeutiques qui s'adressent à la tumeur : la ponction et l'ovariotomie.

La ponction est inutile en présence d'un kyste multiloculaire ou d'un kyste dermoïde. Elle peut avoir sa raison d'être pour certains kystes du parovarium.

Faut-il la rejeter complètement ? Avec un kyste uniloculaire, chez une femme enceinte qui axphyxie, le praticien fera une ponction d'attente pour soulager sa patiente, se réservant d'intervenir bientôt d'une façon plus efficace.

La ponction n'est curatrice que dans certains cas exceptionnels ; elle est dangereuse : péritonite par épanchement de liquide kystique dans le péritoine, torsion du pédicule, adhérences du kyste à la paroi abdominale, avortement ou accouchement prématuré, blessure de l'utérus.

L'ovariotomie, préconisée par Spencer Wells et Schroeder, par Terrillon et Valat, est l'intervention de choix. « Pendant la grossesse, tout kyste de l'ovaire diagnostiqué doit être enlevé » (Pinard).

Quels sont ses résultats ? En 1886, Rémy relève une mortalité maternelle de 15 °/₀ ; en 1882, Dsirne ne trouve que 5,9 °/₀ ; en 1894, Vinay donne 4,09 °/₀ de mortalité.

En ne tenant pas compte de l'âge de la grossesse au moment de l'intervention, Olshausen constate l'interruption prématurée dans 20 °/₀ des cas.

Dsirne a comblé cette lacune : ovariotomie à 3 et 4 mois, accouchements à terme 85 à 90 °/₀ ; dans les deux premiers mois, et dans les 5 derniers, la grossesse ne continue son cours que 55 à 63 °/₀. C'est également aux 3ᵉ et 4ᵉ mois que la mortalité maternelle est moindre ; c'est donc le moment d'élection.

Mais, quel que soit l'âge de la grossesse, l'ovariotomie est la seule ressource en présence d'accidents menaçants.

Sur 20 ovariotomies doubles, 15 fois accouchement à terme.

Y a-t-il une technique spéciale pour l'ovariotomie pendant la grossesse ?

M. Pinard (in thèse Cocard) n'admet pas le plan incliné ; l'utérus tiraillerait ses ligaments, serait plus exposé à l'air, ce qui détermine des contractions de l'organe.

Incision abdominale aussi petite que possible ; ne pas ponctionner l'utérus, qui est rouge bleuâtre sombre, au lieu du Kyste, qui est blanc ou blanc bleuâtre, quelquefois verdâtre ou brunâtre.

Détacher les adhérences lentement ; drainage aussi restreint que possible.

Sutures soignées pour éviter éventration ; pansement compressif. Injections de morphine, afin de prévenir les contractions utérines.

2° Pendant le travail.

Ce sont surtout les kystes pelviens que l'on aura à traiter.

« Il est exceptionnel que l'accouchement puisse s'effectuer sans intervention » (Pozzi).

Mac-Kerron. 183 cas. 35 fois accouchement spontané, 12 mères moururent.

Examinons les méthodes opératoires :

Dans un certain nombre de cas de tumeur peu volumineuse, réductible, on a pensé pouvoir faire traverser au fœtus la filière pelvi-génitale ; on a employé le forceps, la version, l'enfant étant vivant, l'embryotomie, l'enfant étant mort. Ces opérations sont dangereuses ; elles exposent la tumeur à des froissements, des contusions, des déchirures, des accidents inflammatoires ou gangréneux. Mac-Kerron donne les chiffres suivants :

Forceps 14 cas	8 mères mortes. 57 °/o.
	10 enfants morts. 71 °/o.
Version 17 cas	6 mères mortes. 35 °/o.
	10 enfants morts. 58 °/o.
Embryotomie 18 cas :	8 mères mortes. 44 °/o.

Le refoulement de la tumeur a été tenté un grand nombre de fois avec succès.

Mac-Kerron la préconise : « Une fois le diagnostic posé, on devrait de suite essayer le refoulement, même avant la rupture des membranes ». Le chloroforme, la position genu-pectorale facilitent les manœuvres, qui doivent être exécutées dans l'intervalle des contractions.

Lorsque toute tentative de refoulement a échoué, il y a toujours danger à ne pas intervenir immédiatement.

La ponction est une assez bonne méthode de traitement; elle devra être adoptée après échec du refoulement dans tous les cas de kystes séreux. Elle échoue dans les kystes dermoïdes, même avec le trocart chauffé de M. Fochier.

Le plus souvent on la pratique par la voie vaginale, exceptionnellement par la voie abdominale.

M. Maygrier lui reconnaît des inconvénients : la tumeur peut fuir devant le trocart; ultérieurement, le défaut de parallélisme entre l'ouverture de la muqueuse vaginale et celle de la paroi kystique peut entraîner une rétention du contenu du kyste qui se reproduit souvent rapidement. Plus sérieux sont les dangers résultant de l'écoulement du liquide ou du contenu sébacé dans la cavité péritonéale.

L'incision supplée la ponction inefficace.

Mortalité générale après la ponction ou l'incision, 18,6 °/₀.

Le refoulement, la ponction, l'incision étant inefficaces, on peut tenter la basiotripsie, si l'enfant est mort. S'il est vivant, la laparotomie est indiquée.

Le ventre ouvert, on agira différemment suivant les circonstances.

L'ovariotomie est-elle possible, sans trop de difficultés, on enlèvera complètement le kyste (1 obs. de Herbert-Spencer, 2 cas de John-Williams). Elle est souvent difficile pendant le travail, en raison des adhérences qui ont fait échouer le refoulement et de la présence de l'utérus gravide.

« Pour ma part, dit Pozzi, je n'hésiterais pas à faire la laparotomie pour reconnaître si l'ablation du kyste est possible; l'ova-

riotomie léverait alors l'obstacle et l'accouchement n'aurait pas de difficulté à se faire. Dans le cas contraire, l'opération césarienne ou l'opération de Porro ne me paraissent pas plus graves pour la mère que les violences aveugles et excessives exercées par les voies naturelles ; on a en outre l'avantage de sauver l'enfant ».

Tout-à-fait exceptionnellement, on a enlevé le kyste par le vagin.

Si donc l'ablation de la tumeur est impossible par l'une ou l'autre voie, il faut s'attaquer à l'utérus ; l'opération césarienne ou l'opération de Porro sont indiquées. Avec le technique actuelle et en ne différant pas l'intervention, on a des succes :

Staude, Debaisieux, Pinard ont pratiqué avec succés l'opération de Porro ; Robson réussit par la section césarienne ; la malade de Rosner mourut.

3° Pendant les suites de couches :

Si le kyste n'a gêné ni la grossesse, ni l'accouchement, on attend que l'involution utérine soit achevée pour l'opérer ; s'il est le siège d'accidents (inflammation, suppuration, torsion du pédicule), il faut l'enlever immédiatement.

Observations de grossesses extra-utérinss, suiviss de quelques considérations sur ls diagnostic. — Nord médical, 15 avril 1903.

Trois faits de grossesse extra-utérine ayant dépassé le sixième mois, que nous avons observés et traités dans le service de M. le Professeur Gaulard, forment le sujet de ce mémoire. Ces faits sont intéressants par eux-mémes et par quelques difficultés du diagnostic, ce qui nous a engagé à reprendre cette étude, que nous avons limitée aux « grossesses ectopiques obstétricales », ainsi appelées par M. Tuffier parce qu'elles vont à l'accoucheur, par opposition avec les « grossesseses ectopiques chirurgicales », grossesses jeunes encore, souvent ignorées des malades, qui vont consulter le chirurgien pour des accidents particuliers (le plus souvent inondation péritonéale) qui réclament une laparotomie immédiate.

Les grossesses ectopiques obstétricales se présentent au médecin dans deux conditions différentes : fœtus vivant ou bien fœtus mort.

Dans le premier cas, l'état de grossesse est certain, reste à savoir si le fœtus est dans la cavité utérine ou en dehors ; dans le second, il devient nécessaire de reconnaître d'abord l'état de grossesse, et ensuite sa nature octopique.

I. Le fœtus est vivant

La grossesse ectopique est certaine si l'on constate dans la cavité abdominale deux tumeurs : l'une formée par le kyste fœtal, dans lequel on reconnaît les différentes parties du fœtus ; l'autre formée par l'utérus, plus ou moins hypertrophié, se contractant par intermittences sous la main qui palpe, et dont, à la rigueur, on a reconnu la vacuité par le cathétérisme digital intra-utérin.

Voilà qui est parfait au point de vue théorique ; mais en pratique, la confusion est possible : on prend une grossesse utérine pour une grossesse ectopique ou inversement.

La grossesse utérine peut, en effet, s'accompagner de quelques phénomènes anormaux, tels qu'on les rencontre dans la grossesse extra-utérine ; douleurs dans le bas-ventre, troubles de la miction, pertes de sang, etc.

Ces renseignements font quelquefois penser à une grossesse ectopique dont on va rechercher et trouver d'autres signes par l'examen direct.

Chez une multipare, on sent souvent le fœtus sous la main ; il semble très-superficiel. Or la superficialité des parties fœtales a été donnée comme un signe de grossesse extra-utérine. Nous n'ignorons pas combien ce symptôme est trompeur et même rare dans la grossesse ectopique ; il existe cependant dans les grossesses abdominales avec fœtus libre dont le kyste s'est rompu et dont les parois se sont résorbées. C'est ce qui s'est présenté dans notre observation II ; nous connaissons deux cas semblables dus à M. Pinard et un autre publié par Rocchini.

Pour éviter cette cause d'erreur, il suffit de frictionner la paroi abdominale ; en cas de grossesse utérine, on ne tardera pas à

provoquer une contraction avec durcissement de l'organe, coïncidant avec la disparition des parties fœtales. Ce changement de consistance ne se produit pas avec les kystes extra-utérins, sauf peut-être dans certains cas de grossesse tubaire se développant jusqu'au voisinage du terme ; on en connaît la rareté.

Chez les multipares, pour peu que le corps de l'utérus, à parois très minces, soit fortement incliné sur le côté, pour peu que le col doublé par la partie inférieure du segment inférieur semble constituer une sorte de tumeur distincte de la précédente et rappelant la forme d'un utérus, on aura vite fait de conclure à la grossesse ectopique, si, à un moment donné, on a observé des phénomènes péritonéaux légers, dus par exemple à une appendicite. M. Lepage a signalé cette cause d'erreur.

La rupture d'un utérus gravide du 6e au 9e mois donne lieu à des symptômes généraux et locaux qui simulent ceux de la grossesse ectopique. Il y a des phénomènes d'hémorrhagie interne, de choc, de collapsus ; on trouve dans l'abdomen deux tumeurs : l'une formée par le fœtus sorti de l'utérus, l'autre constituée par l'utérus lui-même plus ou moins rétracté. Cet accident survenant spontanément chez une femme enceinte, non en travail, peut, en effet, en imposer pour une grossesse extra-utérine.

Un petit kyste de l'ovaire compliquant une grossesse utérine peut faire porter le diagnostic de grossesse ectopique : ce petit kyste est pris pour l'utérus hypertrophié. S'il est accessible facilement, on remarquera l'absence de contractions à son niveau.

Les malformations utérines sont des causes d'erreur : avec un utérus didelphe, gravide d'un seul côté, on sent deux tumeurs : l'une formée par la partie non gravide hypertrophiée, l'autre constituée par la partie renfermant le fœtus. On prend la première pour l'utérus, la seconde pour le kyste fœtal, dont elle diffère cependant, car elle forme un globe dur, résistant, *contractile*, *mobile*, caractères qui le distinguent d'un kyste extra-utérin.

L'erreur est plus facile dans les cas où l'un des vagins est fermé à sa partie inférieure et où le fœtus se trouve dans la partie de l'utérus correspondant à ce vagin (obs. de Rossa).

« Vu la rareté de la grossesse extra-utérine évoluant après le

6e mois, dit Lepage, ce diagnostic ne doit être accepté qu'avec réserve et après un examen minutieux ».

C'est pourquoi l'erreur inverse est souvent commise; on croit à une grossesse utérine quand il existe une grossesse ectopique. Ainsi se sont passées les choses dans notre observation II. La malade fut examinée à diverses reprises par plusieurs accoucheurs et chirurgiens et on avait porté le diagnostic probable : grossesse utérine compliquée de fibrome, ou rétroversion partielle de l'utérus. Une tumeur perçue dans le cul-de-sac postérieur permettait ces hypothèses; l'extrême mobilité du fœtus éloignait l'idée d'un kyste extra-utérin, souvent immobile.

Or, il s'agissait bien d'une grossesse ectopique, mais abdominale, sans kyste fœtal, et la tumeur du cul-de-sac postérieur n'était autre chose que le corps utérin lui-même vide, mais hypertrophié, en rétroflexion.

En effet, l'erreur est facile en présence d'une grossesse extra-utérine abdominale primitive; la plupart des symptômes de grossesse ectopique manquent : pas le moindre accident, le moindre trouble fonctionnel, pas de pertes de sang brun, couleur chocolat ou marc de café, pas d'expulsion de caduque.

Dans ces cas où les commémoratifs font défaut, où le palper ne donne que des signes incertains, il faut attribuer au toucher une certaine valeur : le ramollissement du col, existant pendant la durée de la grossesse ectopique, ne dépasse que rarement un certain degré, correspondant au ramollissement que l'on constate du 3e au 4e mois d'une grossesse normale.

II. — Le fœtus est mort.

La femme qui se présente à notre examen a une tumeur abdominale plus ou moins volumineuse dont il s'agit de déterminer la nature.

Est-ce une grossesse ? Est-elle utérine ou ectopique ? Voyons les erreurs possibles : fibrome ou kyste de l'ovaire ? Ces tumeurs ont des signes cliniques particuliers; elles sont en général plus mobiles qu'un kyste fœtal extra-utérin.

Le fibrome présente ordinairement une consistance plus

ferme, mais une paroi kystique tendue donne au palper une sensation de résistance assez énergique. Les hémorrhagies du fibrome sont souvent constituées par du sang pur, celles de la grossesse ectopique par du sang couleur chocolat.

La confusion est facile avec le kyste de l'ovaire : même tension de la tumeur, fluctuation possible. Dans une observation de Routier, le ventre présentait tous les symptômes d'un gros kyste multiloculaire de l'ovaire droit. Mais les commémoratifs et l'examen détaillé firent porter le diagnostic exact de grossesse extra-utérine.

Dans une observation de Stoltz, une tumeur fibro-plastique des deux ovaires en avait imposé pour un fœtus extra-utérin, à cause des reliefs et bosselures perçus par le palper et des signes de grossesse et de faux-travail accusés par la malade.

Le même auteur signale une erreur inverse :

Une malade, qui s'était crue enceinte, avait éprouvé des douleurs d'enfantement et n'avait pu être accouchée, vint consulter Kœberlé pour se faire enlever une tumeur ovarique reconnue par « un des premiers accoucheurs de l'Allemagne ». L'opération fut pratiquée et Koeberlé fit l'extraction d'un gros garçon, mort, bien entendu.

Voici une observation personnelle intéressante comme erreur de diagnostic :

Femme de 35 ans, n'ayant jamais présenté de symptômes morbides, toujours bien réglée, s'aperçoit que les règles manquent; quelques phénomènes sympathiques de grossesse se montrent ; le ventre grossit, la malade se croit enceinte.

Le terme normal dépassé, inquiète de ne pas accoucher, elle fait appeler un médecin qui pense à une grossesse extra-utérine avec enfant mort. Ce diagnostic est basé sur les symptômes suivants que M. le professeur Gaulard et moi pûmes constater : abdomen volumineux, sensation de nodosité prises pour des parties fœtales assez superficielles, très mobiles dans la cavité abdominale ; utérus facilement délimitable non gravide.

Ces renseignements, joints à ceux fournis par la malade, nous

firent dire : grossesse extra-utérine, variété abdominale primitive, enfant mort depuis peu.

Aprés ouverture de la cavité abdominale, il s'écoula une certaine quantité de liquide ascitique et la main introduite pour chercher le fœtus reconnut les nodosités perçues au palper, mais n'appartenant pas à un organisme fœtal : il s'agissait d'infiltration cancéreuse de l'intestin et de l'estomac, chez une femme ayant toutes les apparences dé la santé.

On voit ainsi que l'erreur de diagnostic se produit dans deux circonstances : ou bien, au palper, on perçoit des parties dures, résistantes, qui en imposent pour des parties fœtales, ou bien on ne sent rien qui ressemble à un fœtus et l'on songe à une tumeur. C'est le résultat de la macération du fœtus ; la tête seule continue un certain temps à offrir quelque résistance; elle offre de plus une sensation de crépitation (Negri-Pinard) qu'il faut rechercher, car elle permet d'affirmer le diagnostic de grossesse.

La grossesse ou mieux la présence d'un fœtus mort est reconnu. Est-il utérin ou extra-utérin ?

Dans un cas de Rocchini, on porta le diagnostic : grossesse utérine compliquée d'hydramnios avec mort du fœtus ; l'accouchement ne se faisant pas, la femme présentant des symptômes inquiétants, on dilata le col de l'utérus ; l'organe était vide. On ouvrit le ventre, on trouva un fœtus macéré de 3 kilos, contenu dans un kyste extra-utérin, dont les rapports avec les organes du petit bassin, le ligament large, coïncidant avec l'intégrité des trompes et des ovaires, permettent d'affirmer son siége abdominal primitif.

L'erreur est donc possible. Peut-on l'éviter ? Que se passe-t-il dans la grossesse utérine avec rétention de fœtus mort ?

Phénoménes généraux : disparition des troubles dits sympathiques de la grossesse ; tant que l'œuf est intact, pas d'accidents infectieux.

Phénoménes locaux : montée laiteuse, absence des battements de cœur fœtal, de mouvements actifs ; arrêt dans le développement et même régression de l'utérus ; quelle que soit la durée de la rétention, les régles ne reparaissent pas, à moins d'utérus double.

Les sensations fournies par le palper sont variables; elles sont magistralement décrites par MM. Tarnier et Budin :

1° Grossesse de plus de 6 mois, fœtus mort depuis peu : contour de l'utérus facile à limiter; résistance ferme et particulière du fœtus vivant absente. Contraction utérine caractéristique. On peut quelquefois faire le diagnostic de la présentation, mais il arrive aussi que l'on ne perçoit que la crépitation des os du crâne. Le col ramolli n'offre rien de particulier; le segment inférieur est développé.

2° Fœtus mort depuis un temps plus ou moing long, et il reste une notable quantité de liquide amniotique.

L'utérus cesse de s'accroître ou diminue de volume, il est mou, difficile à délimiter; ballottement abdominal peu ou pas perceptible.

Certaines femmes éprouvent, en se couchant sur l'un ou l'autre côté, la sensation d'un corps pesant qui se déplace.

3° Fœtus mort depuis plusieurs semaines, liquide amniotique résorbé.

Tantôt l'utérus et son contenu forment une tumeur tellement mollasse qu'on ne peut plus la délimiter, ni au palper, ni au toucher; tantôt ils forment une tumeur de consistance ligneuse.

Que se passe-t-il dans la grossesse ectopique ?

Ici encore nous constatons la montée laiteuse, la disparition des battements du cœur fœtal, des phénomènes sympathiques de grossesse, la perception de plus en plus difficile des parties fœtales, la crépitation des os du crâne. Ce sont là des signes communs.

Mais il y a des dissemblances : si la rétention du fœtus mort persiste sans accidents, on voit les règles revenir, deux mois après la mort du fœtus. La tumeur formée par le kyste fœtal extra-utérin, ne diminue pas toujours de volume; quelquefois même elle augmente, surtout au moment des regles. Le col utérin reprend sa consistance normale.

A aucun moment on ne pourra percevoir l'état de dureté ligneuse signalée dans la grossesse utérine; il n'y a pas non plus de contractions intermittentes.

Contrairement à la rétention du fœtus mort in utero, la réten-

tion d'un fœtus extra-utérin peut se compliquer d'accidents infectieux en dehors de toute ouverture du kyste, qui survient à titre de phénomène secondaire à la suppuration. Cette ouverture se fait soit au niveau de la paroi addominale, soit dans le rectum, le vagin, etc., elle donne issue à des débris fœtaux. C'est ainsi que parfois le diagnostic est porté.

Il se produit enfin au cours de la grossesse ectopique des phénomènes douloureux qui lui sont particuliers, désignés sous le nom de faux-travail. Se déclarant à terme ou près du terme, il ne permet pas d'ignorer la grossesse extra-utérine, car :

1° L'état de col ne se modifie pas : pas d'effacement, pas de dilatation.

2° Les douleurs abdominales ne correspondent pas à un durcissement de la tumeur abdominale ; rechercher alors si elles correspondent au durcissement d'une petite tumeur latérale formée par l'utérus vide.

3° Un écoulement sanguinolent, accompagné de l'expulsion d'une caduque, caractérise la grossesse ectopique.

En résumé, le diagnostic, parfois facile, est quelquefois difficile, impossible ; d'où la recommandation de s'assurer de la vacuité de l'utérus par le cathétérisme digital avant toute intervention.

ACCOUCHEMENT NORMAL. — DYSTOCIE

Note sur l'effacement du col. — Société obstétricale de France, 1895.

Quelques mots d'historique : pour Mauriceau, le col commence à diminuer de longueur après le sixième mois, pour Levret au huitième mois avant le terme. De même Puzos, Smellie, Petit, Baudelocque, Mme Boivin, Dubois, Velpeau, considèrent l'effacement du col comme un phénomène se produisant pendant la grossesse, au moins un mois avant le terme.

En 1826, dans sa thèse, Stoltz déclara que le col conserve toute sa longueur jusqu'à la dernière quinzaine, mais que dans les quinze derniers jours il s'efface.

Les travaux de Braune, Bandl, Bayer, nous ramènent presque aux idées de Mauriceau et de Levret, puisque Bandl admet que le col s'ouvre à partir du septième mois du côté de son orifice interne.

D'autres auteurs sont d'avis que le col ne s'efface pas pendant la grossesse : De Graaf, Verheyen, Taylor, Weitbreicht, Schrœder, Hofmeier, Waldayer, Pinard, Varnier, etc.

Aujourd'hui encore la question n'est pas résolue et nous trouvons des partisans convaincus des deux théories, l'une admettant l'effacement du col pendant la grossesse, l'autre regardant la persistance de la longueur normale du col jusqu'au moment du travail comme étant la règle.

Nous sommes persuadé que les deux théories sont exactes et peuvent se rencontrer en clinique. Il y a des cols qui s'effacent et d'autres qui ne s'effacent pas pendant la grossesse. C'est ce qui

nous fut permis de constater par des recherches cliniques faites en collaboration avec le Dr Thibaut, qui les consigna dans sa thèse.

Ayant pratiqué un examen minutieux et répété d'un certain nombre de femmes enceintes, examen répété tous les jours ou tous les deux jours afin de suivre pas à pas les modifications du col, nous avons constaté que le plus souvent le col s'efface pendant la grossesse, dans ses derniers jours. Plusieurs fois, le col a été trouvé complétement effacé et le travail ne s'est déclaré qu'un certain temps aprés.

D'autres fois, au contraire, nous avons vu le travail survenir alors que le col avait toute sa longueur.

Pourquoi cette diversité, c'est ce que nous avons essayé de trouver.

L'effacement du col constitue le premier temps du travail dans deux catégories de faits :

1° Quand la partie fœtale, pour un motif quelconque, ne s'engage pas pendant la grossesse (présentation de l'épaule, du siége, de la face, rétrécissement du détroit supérieur, insertion vicieuse du placenta, hydramnios, exagération de volume de la tête, etc.);

2° Dans certains cas d'accouchement prématuré.

Tout le monde sait que, chez les primipares au moins, l'engagement de la partie fœtale est de règle dans les derniers temps de la gestation. Or, en descendant dans le bassin, la téte presse sur le col et détermine deux espéces de phénoménes. D'une part, elle écarte mécaniquement ses parois l'une de l'autre, l'ouvre et le développe, et, d'autre part, elle excite ses fibres musculaires. Cette excitation produit des contractions réflexes dans le corps utérin.

Si cette action dynamique se maintient dans des limites modérées, la femme éprouve bien quelques douleurs pendant un temps variable, mais tout bientôt rentre dans l'ordre, le col s'efface peu à peu et la grossesse continue, parfois pendant plusieurs semaines encore, de telle sorte qu'au début du travail on ne trouve plus qu'un moignon de col.

Dans d'autres cas, au contraire, l'utérus étant plus facilement excitable, le travail s'établit dés ce moment. L'effacement du col est alors le premier temps de l'accouchement, mais de l'accouche-

ment avant terme. Les preuves de cette assertion se trouvent dans les commémoratifs et le poids de l'enfant.

Nombre d'observations nous ont montré ce fait que l'enfant pesait souvent moins de 3.000 grammes quand l'accouchement se faisait le col ayant conservé toute sa longueur.

La poche des eaux dans la grossesse gémellaire. Ses particularités. Causes d'erreur de diagnostic. — L'Obstétrique, novembre 1896.

La sensation d'une double poche des eaux, ou plus exactement d'un sillon, transversal ou antéro-postérieur, sur une poche membraneuse qui semble unique, est un signe de grossesse double. Depuis Mme Lachapelle, plusieurs observations en ont été publiées (Dugès, Depaul, Léopold, Pinzani, Danlos, Auvard, etc.).

Sentir successivement deux poches des eaux est également un signe de gémellité.

Il y a cependant là une cause d'erreur que nous avons rencontrée et signalée.

Chez une femme dont l'abdomen était fortement distendu et faisait songer à la possibilité d'une grossesse gémellaire, je portai, par le palper, le diagnostic de grossesse simple, avec un gros œuf. La poche des eaux intacte ne présentait rien de particulier.

A la dilatation complète, l'interne rompt les membranes; il y a écoulement assez abondant de liquide amniotique.

Un peu plus tard, je revois la parturiente et le toucher permet de sentir la tête à nu, ayant accompli son mouvement de rotation interne. Mais au-dessus de cette tête, derrière la symphyse pubienne, je sens une poche des eaux en boudin, qui vient à peu près jusqu'à la vulve. Le doigt glisse facilement entre cette poche et la tête.

Je crois, comme Smellie, sentir une seconde poche amniotique et reviens à l'idée d'une grossesse double: l'une des cavités amniotiques serait ouverte, l'autre serait intacte et ferait saillie à côté de la présentation constatée au toucher.

Mais, au palper, rien n'indique une grossesse double : s'agit-il

d'un cas où les fœtus sont placés l'un devant l'autre ? Ou bien cette deuxième poche appartientrait-elle à un deuxième œuf dont le fœtus aurait succombé au cours de la gestation et qu'il serait impossible de découvrir au palper ? La forme en boudin de cette poche amniotique semble faire pencher vers cette interprétation, l'extensibilité des membranes, lorsque le fœtus est mort, étant chose connue.

Je surveille l'accouchement tout en ménageant l'intégrité de cette deuxième poche.

La tête fœtale arrive à la vulve, chassant devant elle la poche en boudin, qui est transparente et ne semble formée que d'une seule membrane ; elle éclate pendant le dégagement de la tête : il s'écoule un peu de liquide clair.

L'enfant pèse 4870 grammes. Il est unique.

En examinant le délivre, on observe une dissociation de l'amnios et du chorion ; en divers points il y a de petites poches amnio-choriales. Celle que l'on avait perçue au-dessus de la tête était une poche plus volumineuse.

Donc la sensation d'une poche à côté d'une partie fœtale à nu n'implique pas toujours une grossesse double. Il n'en est pas moins vrai que le fait ici rapporté doit être considéré comme exceptionnel.

Etude anatomique et clinique d'un bassin rachitique pseudo-ostéomalacique. — Bulletin de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pœdiâtrie de Paris, 1903.

Grossesse et accouchement dans les cas de fœtus volumineux. — Presse médicale, 3 septembre 1898, 12 colonnes.

Quand on parle d'excès de volume du fœtus, on a surtout en vue des enfants dont le poids à la naissance atteint ou dépasse 5000 grammes. On les rencontre rarement.

En raison des complications qui en résultent pendant la grossesse et surtout pendant l'accouchement il est intéressant de savoir faire le diagnostic de fœtus volumineux.

L'interrogatoire consiste à rechercher les causes invoquées par les auteurs comme ayant une influence sur le développement du fœtus : âge de la mère, multiparité, menstruation, durée de la grossesse, taille du pére, accouchements antérieurs.

Il est question à ce propos du travail de La Torre ; une cause certaine du développement du fœtus est l'hospitalisation des femmes enceintes dans les derniers mois de la grossesse. Elle agit de deux façons : 1° en empêchant l'accouchement de se produire prématurément ; 2° en permettant aux futures mères de s'alimenter dans de bonnes conditions. M. le Professeur Pinard et ses élèves ont montré les heureux effets de la « puériculture intra-utérine». Malgré tout, l'excès du volume reste une exception. Ceci dit afin d'attirer l'attention du médecin sur le régime alimentaire des femmes enceintes.

J'ai assisté dans son accouchement la femme d'un boucher, qui avait présenté, pendant toute sa grossesse, un appétit exagéré. L'extraction de l'enfanf fut très pénible : c'était une fille pesant 5500 grammes.

L'inspection dénote un développement exagéré de l'abdomen. Mais s'agit-il d'un gros enfant, d'hydramnios, de grossesse gémellaire, de grossesse simple, compliquée d'ascite, de kyste de l'ovaire. de tympanisme intestinal, de physométrie ?

Le palper et la percussion nous fournissent la plupart des éléments de ces diagnostics différentiels.

La présentation étant celle du sommet, c'est le palper mensurateur qui va nous renseigner sur les proportions relatives de la tête fœtale et de la capacité du bassin.

En l'absence de rétrécissement du bassin, il y a lieu de tenir compte de quelques causes d'erreur signalées par M. le Professeur Pinard : 1° réplétion de la vessie ou du rectum ; 2° insertion du placenta sur le segment inférieur. La première est facile à éviter ; la seconde nécessite une exploration attentive : « le palper mensurateur démontrera que la tête s'applique mal sur l'aire du détroit supérieur. Elle reste pour ainsi dire suspendue au-dessus, et, quand les mains la fixent en essayant de l'engager, on éprouve une sensation de mollesse. On sent que la tête est, en un point, en

rapport avec des parties molles ; et cette sensation contraste d'une façon significative avec la sensation de résistance dure, osseuse, que l'on éprouve quand on fixe la tête en la faisant reposer sur l'angle sacro-vertébral et sur l'arc antérieur du bassin, dans les cas de rétrécissement » (Pinard).

On a essayé également de mesurer directement la tête fœtale à travers la paroi abdominale avec un compas d'épaisseur (M. Duncan, Tarnier, Bourdin, Perret). Les procédés d'Ahlfeld et de Gonner sont également signalés. Mais la mensuration de l'utérus est plus utile.

Enfin le toucher, lorsque le col est dilaté, permet d'apprécier la longueur de la suture sagittale, qui serait proportionnelle au volume de la tête, et le degré d'ossification de celle-ci.

La grossesse, souvent normale, est parfois troublée par quelques phénomènes de compression : gêne de la respiration, de la circulation (œdème des membres inférieurs, œdème sus-pubien), des fonctions digestives (vomissements fréquents à la fin de la gestation). L'albuminurie gravidique serait plus fréquente. Le ventre en besace s'observerait surtout chez les multipares.

L'accouchement, qui peut se faire spontanément, est parfois dystocique.

Les phénomènes physiologiques subissent les mêmes variations que dans les cas de fœtus normalement développé avec viciation pelvienne concomitante.

Dans l'accouchement spontané, mêmes phénomènes mécaniques que ceux que l'on observe dans les bassins aplatis généralement rétrécis.

Au point de vue de la facilité relative de l'engagement de la tête, il y a lieu de tenir compte de sa réductibilité, facteur du degré d'ossification.

Plus souvent peut-être que la tête, le tronc occasionne une véritable dystocie. Ce sont surtout les épaules et la partie supérieure de la poitrine qui créent des difficultés.

Depuis Levret, Jacquemier, la dystocie des épaules a été étudiée par nombre d'auteurs (Ribemont-Dessaignes, Desmontils, Vilpelle, Couder, Varnier, etc.). Elle se montre, tantôt avant, tantôt

après le dégagement de la tête. Le diagnostic est donc à faire dans ces deux conditions.

1° La tête est encore dans l'excavation ; elle reste immobile, malgré l'énergie des contractions utérines. Ce défaut de progression peut être le résultat du volume exagéré de la tête, d'un vice de conformation du bassin, d'une tumeur de l'excavation, d'une résistance anormale du releveur de l'anus ou des organes génitaux externes, d'un défaut de rotation.

Aucune de ces causes n'existe, la dystocie des épaules est sans doute en cause. Le diamètre bis-acromial ne pouvant pénétrer dans le bassin, les efforts d'expulsion s'exercent sur lui seul et ne se transmettent plus à la tête qui reste immobile.

2° La tête est dégagée, soit spontanément, soit artificiellement; mais elle reste appliquée, en position transverse, contre les organes génitaux externes, sur lesquels elle est comme attirée par un ressort. Les tentatives ordinaires de dégagement des épaules sont infructueuses. C'est le diamètre bis-acromial qui résiste, à moins qu'il n'y ait dystocie par une tumeur du tronc du fœtus (ascite, rétention d'urine, reins polykystiques, tumeur sacro-coccygienne, etc.). Le diagnostic de ces anomalies se fait par le toucher manuel intra-utérin.

Le pronostic maternel est quelque peu assombri; surmenage par excès de longueur du travail, lésions des parties molles (vagin-escharres-fistules vésico-vaginales ; déchirures du périnée). La rupture utérine est à craindre ; l'inertie post-partum est plus commune, résultant de la surdistension de la paroi utérine et de la longueur du travail : de là, hémorrhagies; il y a lieu de tenir compte de la fréquence des interventions.

Le pronostic est également sérieux pour l'enfant. Les uns succombent à l'asphyxie par tétanisme utérin ou au traumatisme instrumental; les autres naissent vivants, mais avec des lésions diverses : enfoncements du crâne, fracture de l'humérus, des clavicules, paralysies du plexus brachial, etc. La vie de l'enfant est surtout exposée dans les cas d'extraction par le siège.

C'est ainsi que l'étude du traitement est pleinement justifiée.

Conduire une grossesse jusqu'au terme doit être le but de

l'accoucheur. Cependant, le diagnostic de fœtus volumineux étant posé, la dystocie devant exister, la question de l'accouchement provoqué peut être discutée, à condition de n'intervenir qu'au cours du neuvième mois. Il faut cependant savoir que la vitalité d'un enfant ne dépend pas tant de son poids que de son âge d'existence intra-utérine.

Au moment du travail, à terme, la conduite à tenir varie suivant les circonstances : ou bien c'est la tête qui constitue l'obstacle, ou bien ce sont les épaules.

Le forceps sera tenté dans les cas où il semble devoir vaincre les difficultés sans qu'il soit nécessaire de déployer trop de force. Est-il insuffisant, il ne faut pas insister sous peine de nuire au fœtus.

Il serait plus souvent préférable de pratiquer d'emblée la symphyséotomie. C'est ainsi que nous avons vu agir le professeur Gaulard; Varnier avait déjà donné cette indication au Congrès de Moscou; M. Fieux en a rapporté plusieurs observations.

La symphyséotomie a l'avantage incontestable de vaincre les obstacles apportés par la tête et par les épaules, pour le plus grand bien de la mère et de l'enfant.

La tête est dégagée, spontanément ou artificiellement sans trop de difficultés, sans que l'on ait eu besoin de toucher au bassin, on se prépare à l'extraction du tronc et on éprouve une résistance considérable, que l'on sait dépendre du diamètre bis-acromial.

Peut-être ici encore conviendrait-il de sectionner immédiatement la symphyse pubienne, mais le plus souvent on essaie de dégager les épaules. L'enfant est vivant; il a droit à tous les ménagements.

Les tractions sur la tête, quand elles sont trop énergiques, peuvent déterminer des déchirures des muscles du cou, des tiraillements des nerfs du plexus brachial et à leur suite des paralysies obstétricales. De plus elles accroissent les difficultés en reportant les épaules sur une région plus évasée de la poitrine, ce qui augmente l'étendue du diamètre bis-acromial, résultat contraire à celui que l'on veut obtenir.

Si la traction porte sur un creux axillaire, on amène l'épaule

correspondante vers le sommet du tronc de cône que forme la poitrine, on l'engage avant l'autre. Le diamètre bis-acromial est ainsi diagonalisé et l'on cherche à le faire passer obliquement en l'engageant par une de ses extrémités.

La manœuvre de Jacquemier devient nécessaire en cas de dystocie plus marquée. Voici son but : un tout composé de plusieurs parties étant trop volumineux pour passer dans un cylindre inextensible, il suffit de le dissocier pour réussir : c'est ce qui a lieu pour le thorax et les deux épaules. L'indication est de dégager successivement les deux épaules avec les bras y attenant. On commence par le bras postérieur le plus accessible ; son extraction diminue d'autant le diamètre bis-acrominal, ce qui est parfois suffisant pour permettre l'accouchement. Sinon, il faut abaisser de même le bras antérieur. La manœuvre est moins facile; l'humérus a été souvent fracturé. Sur le conseil de Varnier, il est parfois préférable de transformer le bras antérieur en bras postérieur en faisant exécuter au fœtus un mouvement de rotation.

Cette méthode, avons-nous dit, est très-logique, mais sa mise en pratique sera difficile, parfois impossible dans les cas de rétraction marquée de la paroi utérine sur le corps du fœtus.

Si l'on a affaire à une présentation s'annonçant très-pénible, dangereuse pour la vie du fœtus, nous pensons qu'il y a lieu de pratiquer la symphyséotomie d'emblée.

En présence d'un fœtus qui a succombé, c'est à la basiotripsie qu'il convient de s'adresser. Malgré tout, l'extraction de la tête sera pénible, parce que les épaules ne suivent pas, mais peu à peu elle sera complète, grâce à l'allongement du cou. Pour le dégagement des bras, moins de précautions à prendre ; M. Ribemont-Dessaignes a conseillé de fracturer l'humérus, ce qui facilite la manœuvre. Les tractions simultanées sur la tête et sur les bras défléchis entraînent facilement le reste du tronc.

La cléidotomie, pratiquée par Phœnomenoff, Strassmann, Von Heerf, Knorr, Bonnaire, dans des cas de bassins viciés, peut être applicable à la dystocie que nous étudions, car les conditions sont les mêmes : que le bassin soit normal ou vicié, ce qui importe au point de vue de l'accouchement, ce sont les propor-

tions relatives entre la capacité du bassin et le volume du fœtus.

Notre mémoire se termine par la relation de trois faits de dystocie due uniquement au volume exagéré du fœtus.

Dans le premier il s'agissait d'une présentation de la face, avec procidence du cordon ombilical. A mon arrivée près de la parturiente le fœtus avait succombé. Son extraction, après basiotripsie et abaissement très laborieux des bras, constitua une des opérations obstétricales les plus pénibles que j'ai eu à pratiquer. La mère guérit.

Dans un deuxième observation, le forceps, dont j'abusai, tua le fœtus ; aujourd'hui encore, j'exprime le regret de n'avoir pas fait la symphyséotomie.

La troisième observation a été recueillie à la clinique obstétricale de Lille. La malade avait subi sept applications de forceps avant son entrée ; la tête d'un fœtus anencéphale sortait hors des organes génitaux externes ; l'accouchement n'avait pu être terminé en raison des dimensions exagérées du diamètre bis-acromial. Après examen, le professeur Gaulard, qui a reconnu une déchirure étendue du cul-de-sac vaginal antérieur, termine l'extraction par la manœuvre de Jacquemier. La malade succomba.

Du thrombus vulvo-vaginal. — Nord médical, 15 février 1901. — Observation recueillie à la Clinique médicale de Lille.

Primipare de 17 ans, accouchée spontanément d'une fille pesant 2400 grammes, après un travail 43 heures.

Immédiatement après l'expulsion de l'enfant, l'accouchée se plaint d'une *douleur très vive* au milieu et à la face interne de la grande lèvre gauche. Là, petite tache légèrement bleuâtre, douloureuse au toucher.

La douleur redouble après la délivrance, mais rien de plus. Deux heures plus tard, *grande lèvre gauche tuméfiée, distendue, du volume d'un œuf de poule ;* en même temps, *crampes fréquentes dans les membres inférieurs* et *besoins de pousser continus et irrésistibles.*

Le diagnostic de thrombus vulvaire s'imposait. La compression exercée dans le but d'en arrêter la marche ne fit qu'augmenter les douleurs cuisantes.

Pendant une heure environ, le thrombus continua à se développer et la partie antéro-latérale gauche du vagin commença à se tuméfier. A ce moment, la tumeur avait le volume du poing; sa partie interne, recouverte par la muqueuse, présentait une *coloration violacée*, presque *noirâtre ;* la partie externe, cutanée, n'avait pas de coloration particulière. Toute la masse était *extrêmement dure* au toucher. Le moindre contact était très douloureux; la peau et la muqueuse étaient distendues à l'excès : leur surface était brillante et lisse.

Tout à coup on vit un jet de sang; la pression avait fait céder la paroi de la poche, à la face interne et à la partie supérieure de la petite lèvre gauche, au niveau d'une éraillure produite par l'accouchement. La malade éprouva aussitôt un énorme soulagement.

L'interne de service essaya de vider la poche, de la comprimer, sans succès ; elle se remplit, se vida de nouveau.

Un écoulement sanguin permanent s'établit, si bien que l'accouchée commença bientôt à présenter un état général inquiétant; le pouls, devenu très rapide, commençait à faiblir.

C'est alors que je suis appelé près de la malade. J'ouvre largement la poche hématique ; il s'écoule du sang liquide, les caillots sont enlevés ; la cavité fut désinfectée et bourrée de gaze iodoformée ; le vagin fut également tamponné. Pansement vulvaire ; bandage en T. Les douleurs cessèrent immédiatement et l'écoulement sanguin ne reparut plus.

Le pansement fut changé 36 heures après ; pendant les trois premiers jours, T. 38° à 39° ; pansement renouvelé chaque jour ; au 4e jour température normale ; plus de gaze dans la cavité du thrombus, mais dans le vagin. Cicatrisation et guérison en 10 jours.

Autrefois, un tiers des femmes présentant cette complication succombaient ou à l'hémorrhagie, ou à des accidents infectieux.

Contre l'hémorrhagie, nous possédons aujourd'hui un traitement général plus puissant que nos devanciers ; cependant cette

hémorrhagie est parfois si abondante et si rapide qu'elle détermine la mort, quoi qu'on fasse : c'est le cas pour le thrombus pelvi-abdominal.

A propos de ce fait, nous avons étudié la thérapeutique adoptée aujourd'hui à l'égard du thrombus vulvo-vaginal.

Deux méthodes sont préconisées, ayant chacune leurs indications : l'expectation, l'intervention.

Que le thrombus se forme pendant la grossesse, pendant l'accouchement ou après la délivrance, toutes les fois que la poche est intacte, qu'aucune manifestation de sphacèle ou de gangrène de la paroi ou de suppuration du contenu n'existe, on observe l'expectation.

Exception sera faite pour un thrombus gênant l'expulsion du fœtus. Il faut alors l'inciser, terminer l'accouchement et faire le pansement.

Dans deux autres faits observées par nous à la clinique obstétricale de Lille, les thrombus étant de volume moyen et leurs parois intactes, nous nous sommes borné à comprimer la tumeur avec la gaze iodoformée. En quelques jours l'hématome s'est résorbé et les malades ont guéri sans la moindre complication. La gêne et la douleur s'atténuent progressivement en même temps que la résolution s'opère.

L'intervention s'applique aux thrombus ouverts spontanément, aux thrombus fermés mais volumineux et s'accroissant progressivement, aux thrombus menacés de sphacèle, de gangrène, de suppuration.

Cette intervention consiste dans l'ouverture large du thrombus et l'évacuation complète de son contenu.

Faut-il tamponner la cavité ? Cette méthode est indiquée en cas d'infection; le pansement sera renouvelé chaque jour jusqu'à la chute de la température à la normale.

S'il n'y a pas d'infection, on fera encore le tamponnement de la cavité d'un thrombus volumineux, à titre hémostatique, pendant 48 heures. Ensuite, il est préférable de ne plus tamponner la cavité du thrombus, cette pratique ayant l'inconvénient d'en retarder l'accolement des parois et la guérison.

Mieux vaut exercer une compression sur la surface externe de la poche, à l'aide du tamponnement vaginal et en recouvrant la vulve d'une couche de coton stérilisé maintenu par un bandage approprié.

Faits cliniques relatifs à la dystocie par rétraction exagérée de l'anneau de Bandl. — Société obstétricale de France, 1899.

Le deuxieme temps de la version par manœuvres internes, l'évolution fœtale, peut se trouver entravé par des causes diverses. Il en est une qui consiste dans les tractions exercées simultanément sur le membre supérieur défléchi à l'aide du lacs qui y est apposé et confié à un aide, et sur le membre inférieur du fœtus. Ces tractions sur le bras empêchent l'ascension de l'épaule dans la cavité utérine, condition nécessaire à l'évolution du fœtus.

La même dystocie mécanique peut être due à l'anneau de Bandl. Rétracté spasmodiquement, il enserre le bras et l'empêche de remonter.

Nous avons signalé deux faits qui établisent ce point de dystocie d'une façon incontestable. L'évolution du fœtus au cours d'une version ne pouvant se faire, nous avons constaté ce resserrement de l'anneau de Bandl sur le bras, qui se trouvait immobilisé.

Il a suffi de dilater avec les doigts et de refouler les bras audessus de l'obstacle pour terminer facilement l'opération.

Nous avons également rapporté une observation de rétraction de l'anneau de Bandl, dans un utérus renfermant un fœtus putréfié, avec physométrie, qui força le professeur Gaulard à pratiquer l'opération de Porro.

C'est à propos de ce fait que nous avons traité de la conduite à tenir dans les cas de *putréfaction fœtale intra-utérine*.

Après avoir montré combien les manœuvres manuelles ou instrumentales sont laborieuses et dangereuses, nous faisions remarquer que même après l'extraction la mieux conduite la mère n'est pas à l'abri de tout danger.

Il lui reste un organe infecté, foyer difficile à stériliser en raison de l'envahissement quelquefois profond des parois utérines par les éléments microbiens. Et l'on assiste alors à l'agonie plus ou moins longue de ces malheureuses femmes qui succombent aux progrès d'une infection rebelle à tout traitement.

Après avoir rassemblé un certain nombre de cas de putréfaction fœtale intra-utérine, nous nous sommes trouvé en face d'un chiffre effrayant, 60 °/₀ de mortalité.

Les présentations de l'épaule sont les plus graves.

En présence des résultats aussi désastreux de l'intervention obstétricale habituelle, nous avons posé la question de l'opportunité de l'opération de Porro. On enlève ainsi tout le foyer d'infection et la lutte se limite à l'intoxication préexistante.

Il nous était impossible de fixer d'une manière précise les indications de cette intervention et nous disions : au point de vue théorique, on pourrait classer les cas de putréfaction fœtale intra-utérine en s'appuyant sur le degré de physométrie, sur la température, sur le pouls, sur l'état du péritoine, sur l'état général de la femme. On formerait ainsi trois catégories :

1° Cas légers, pour lesquels suffisent les méthodes opératoires ordinaires, en dehors de tout obstacle à l'intervention par les voies naturelles.

2° Cas graves, passibles de l'opération de Porro avec de grandes chances de succès.

3° Cas désespérés, dans lesquels la mort est inévitable, quoi qu'on fasse.

Depuis cette époque, l'idée fait son chemin ; dans notre mémoire « Hystérotomie et hystérectomie en obstétrique », nous avons cité une observation de Ferré (de Pau) qui conclut : Cette fois encore, l'opération de Porro a bien répondu aux indications qui étaient les suivantes : 1° Evacuer le produit de conception ; 2° Supprimer le foyer infectieux ; 3° Eviter la contamination du péritoine par le pédicule. Et Varnier, à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pœdiâtrie, se déclare porté à tenter l'opération de Porro dans certains cas de putréfaction fœtale, en se rémémorant la mortalité maternelle considérable qui suit, en

pareille occurrence, les opérations par les voies naturelles.

M. Demelin partage la même opinion et a enlevé un utérus infecté dans ces conditions.

Un point important est de ne pas confondre la véritable putréfaction fœtale intra-utérine avec la banale « infection de l'œuf », qui cède aux lavages intra-utérins.

Dystocie par brides et cloisonnements du vagin d'origine congénitale. — Société obstétricale de France, 1902.

Deux fois nous fûmes aux prises avec des difficultés de cette nature. Dans la première observation, le fœtus, en présentation de l'extrémité pelvienne, était à cheval sur une bride vaginale résistante, très haut située. L'intérêt de ce fait réside surtout dans le diagnostic qui fut hésitant au début. Le traitement a consisté dans la section de la bride entre deux ligatures, en raison d'une hémorrhagie possible à cause du volume de la bride.

La seconde observation est plus intéressante. Il s'agit d'un cloisonnement transversal complet du vagin ; seul un petit orifice lenticulaire est perméable à un stylet. La dilatation de cet orifice fut d'abord obtenue à l'aide de bougies de Héger, puis complétée avec les doigts, autant qu'il fut possible : on ne sentait plus alors que la base d'implantation vaginale de ce cloisonnement sous forme d'un bourrelet circulaire résistant.

Cependant, ne doutant pas de sa dilatabilité sous l'effort de la tête fœtale, nous fîmes une première application de forceps. Mais la tête trouva dans cet anneau périvaginal un obstacle invincible.

Quelques heures plus tard, nouvelle tentative, même insuccès. Mort du fœtus. Terminaison de l'accouchement par la basiotripsie.

Quelle conduite tenir dans un cas semblable ? Peut-on sans danger pratiquer des incisions qui porteraient, non sur la cloison, mais sur la paroi vaginale elle-même, ou bien n'est-il pas préférable de recourir à la section césarienne ?

L'intérêt de l'enfant exige autre chose que le forceps qui devient ici aussi dangereux que dans les cas de dilatation incomplète d'un col non dilatable.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES

Des lésions vésicales pendant les opérations obstétricales. — Nord médical, 1898.

Au cours de l'accouchement spontané la vessie est susceptible de lésions, variables en étendue et en gravité : contusion simple, gangrène et eschares de ses parois, fistules consécutives, vésico-vaginales ou vésico-utérines. Ces dernières ont un mode pathogénique bien mis en lumière par M. Bonnaire ; elles coïncident toujours dans l'accouchement spontané avec les ruptures utérines.

Les lésions vésicales s'observent plus facilement à la suite d'interventions.

Il en est qui sont la conséquence d'erreurs grossières : une cystocèle vaginale a été prise pour une tête d'hydrocéphale ou pour une poche des eaux : la perforation créa une fistule.

Pendant une application de forceps, il est possible de blesser la vessie. Le traumatisme le moins grave est la contusion, qui se traduit par une hématurie. Plus sérieuse est l'introduction d'une cuiller de forceps dans la vessie ; on en a cité des observations et nous en avons recueilli et publié, dans ce mémoire, un exemple provenant d'une femme amenée à la Clinique après avoir subi 8 applications de forceps. Il y avait eu perforation d'un cul-de-sac vaginal et une déchirure de la paroi postérieure de la vessie sur une étendue de plusieurs centimètres.

M. Budin, Marchal ont signalé une rupture de la paroi antérieure de l'utérus et de la paroi vésicale par l'introduction de vive force du forceps. M. Bonnaire fait connaître deux faits du même genre.

Ainsi sont produites des fistules vésico-vaginales ou vésico-

utérines que l'on pourrait appeler fistules directes ou primitives.

Le forceps de Levret a souvent déterminé des lésions de la paroi vaginale rétro-pubienne ; plus accentuées, elles intéressent la vessie.

Tout forceps qui dérâpe brusquement peut labourer par l'extrémité de ses cuillers la paroi antérieure du vagin et la vessie ; de même l'application antéro-postérieure de l'instrument est capable de contusionner fortement le réservoir urinaire (Budin-Porak).

C'est pourquoi l'emploi du levier est également dangereux ; les perforations vésicales sont à craindre dans les bassins rachitiques avec arêtes tranchantes (bassins à épines, Kilian-Depaul).

Le levier, le forceps sont des facteurs de disjonction de la symphyse pubienne, cause à son tour de lésions vésicales.

La version par manœuvres internes peut produire une rupture utérine ou l'agrandir au point d'intéresser la vessie.

Des sages-femmes voulant dilater le vagin le déchirèrent ainsi que l'urèthre et la vessie (Budin).

Au cours de la crâniotomie on peut blesser la vessie avec le perforateur mal dirigé.

La vessie peut être intéressée dans l'opération césarienne, mais c'est la symphyséotomie qui amène surtout des complications urinaires.

Pour nous limiter aux lésions vésicales, nous retiendrons les observations de Lepage, Spinelli, Mancusi, Mullerheim, Tellier, Schauta, Mandurowicz, Bussemaker, Pinard, Wotherspoon, Jarman, Audebert, Fritsch. Il s'agit de fistules ou de déchirures.

La pathogénie de ces lésions a reçu diverses explications.

1° Section par les angles du pubis de la paroi vaginale comprimée entre le bassin ouvert et la tête ou le forceps (Budin-Maygrier).

2° Distension transversale, mais aidée de l'extension des parties molles en bas par la tête, pendant l'extraction du fœtus (Porak, Schauta).

3° Distension transversale des parties molles, qui se déchirent quand leur limite d'élasticité est atteinte (Winckel, Audebert).

Plus décevants peut-être que ces lésions sont les cas d'inconti-

nence d'urine que l'on a observés sans effraction apparente de la vessie ou de l'urèthre. Nous en avons publié divers exemples, ainsi que M. Bar et d'autres.

Si elle est due à des tiraillements du col vésical par distension transversale ou par l'intermédiaire des ligaments pubio-vésicaux (Kufferath), il y a sans doute moyen de l'éviter au même titre que les autres accidents. C'est ainsi que M. Pinard conseille la distension graduelle du vagin et de la vulve avec le ballon de Champetier, que Varnier a proposé de rapprocher les pubis aussitôt le rétrécissement franchi, que MM. Porak, Fochier, Gaulard pratiquent une large épiséotomie.

La meilleure prophylaxie réside dans l'abandon de la symphyséotomie pour des bassins trop rétrécis et surtout dans les bassins aplatis généralement rétrécis. Là, en effet, les parties molles manquent d'ampleur, de souplesse et sont plus exposées aux déchirures (Bonnaire).

Des applications obliques du forceps au détroit supérieur. — Presse Médicale, 1894.

De la version par manœuvres combinées. — Nord Médical, 15 août 1898.

Historique. — Indications. — Technique. — Résultats.

Hystérotomie et hystérectomie en Obstétrique. — Mémoire couronné par l'Académie de Médecine, Prix Tarnier, 1902. — Vol. 454 pages, De Rudeval, Paris, 1903.

Ce mémoire comprend 14 chapitres disposés dans l'ordre suivant :

Ch. I. — Il y est question des indications de l'opération césarienne dans les viciations pelviennes.

Nous envisageons tout d'abord la thérapeutique des pelviviciations d'origine rachitique : indications absolues et relatives de la section césarienne.

Comme la symphyséotomie est pour l'hystérotomie une rivale

sérieuse dans une certaine catégorie de rétrécissements rachitiques du bassin, nous établissons un parallèle de ces deux opérations, dans leurs résultats immédiats et éloignés.

Les viciations pelviennes d'origine cyphotique prêtent lieu aux mêmes considérations ; viennent ensuite les indications de l'opération césarienne dans d'autres bassins viciés (bassins asymétriques, bassins couverts, bassins obstrués et déformés par des tumeurs solides développées aux dépens des os pelviens).

Ce chapitre comprend également l'étude des indications de l'*opération de Porro* dans les rétrécissements pelviens ; nous signalons les indications absolues et les indications relatives, les résultats, les avantages et les inconvénients de l'amputation utéro-ovarique avec traitement extra-péritonéal du pédicule.

Ce qui nous amène à comparer le Porro classique avec l'*hystérectomie totale* et avec l'*hystérectomie subtotale*.

Ch. II. — Il est exclusivement consacré à l'étude du traitement de l'ostéomalacie et de la viciation pelvienne qui est la conséquence par l'hystérotomie suivie de l'hystérectomie partielle ou totale. Nous montrons les heureux résultats de l'opération de Porro.

Ch. III. — Quelques accoucheurs sont partisans de l'opération césarienne dans l'éclampsie ; nous rappelons les principaux travaux parus sur la question.

Ch. IV. — L'atrésie vaginale, surtout l'atrésie acquise, peut nécessiter l'hystérotomie : nous avons tenté de distinguer les cas passibles de cette intervention et montré qu'il est préférable de la faire suivre de l'extirpation totale de l'utérus ou de l'amputation utéro-ovarique.

Ch. V. — La section césarienne peut être indiquée par suite de la non-dilatabilité du col de l'utérus, atteint de rigidité. Dans ce chapitre, nous n'avons en vue que la rigidité cicatricielle, la sclérose totale du col et du segment inférieur de l'utérus de nature syphilitique, et la rigidité, dite anatomique, consécutive à l'infiltration, l'induration des tissus cervicaux.

Ch. VI. — Il a pour but de montrer la nécessité et les avan-

tages de l'opération de Porro dans les cas de putréfaction fœtale intra-utérine.

Ch VII. — Nous traitons ici de l'intervention pendant la grossesse et l'accouchement dans les cas de cancer du col de l'utérus.

Ch. VIII. — Même étude concernant la grossesse et l'accouchement compliqués de tumeurs fibreuses de l'utérus.

Ch. IX. — Il comprend l'étude comparée des différents traitements de la rupture utérine et l'exposé des raisons qui plaident en faveur de l'hystérectomie.

Ch. X. — Les interventions pratiquées sur l'utérus, en particulier les hystéropexies, peuvent devenir une cause de dystocie nécessitant l'opération césarienne. C'est ce que prouvent plusieurs observations que nous avons résumées.

Ch. XI. — Discussion sur la valeur de l'hystérectomie dans le traitement de l'infection puerpérale aiguë.

Ch. XII. — Nous avons réuni dans ce même chapitre quelques indications plus rares de l'hystérotomie et de l'hystérectomie dans certaines circonstances : décollement prématuré du placenta inséré en lieu normal, mort ou agonie de la femme enceinte, accouchement compliqué de kyste de l'ovaire non opérable, rétraction exagérée de l'anneau de Bandl, grossesse molaire, insertion vicieuse du placenta.

Ch. XIII. — L'opération césarienne vaginale étant opposée par quelques accoucheurs à l'hystérotomie abdominale, nous devions rappeler les principaux travaux relatifs à ce sujet.

Ch. XIV. — Technique des différentes interventions : opération césarienne conservatrice, avec les diverses incisions préconisées ; opération de Porro classique ; hystérectomie subtotale ; procédé de Hartmann dans les ruptures utérines.

L'ouvrage se termine par l'exposé des neufs observations que nous avons pu recueillir à la Clinique obstétricale de la Faculté de Médecine de Lille, de 1892 à 1902.

SUITE DE COUCHES. — ALLAITEMENT

Les hémorrhagies post-partum. — Nord Médical, 1er juillet 1902.

Définition : hémorrhagies qui suivent la délivrance, soit de près (immédiates ou primitives), soit de loin (tardives ou secondaires.

Sources des hémorrhagies post-partum.

1° Canal vagino-vulvo-périnéal.

2° Utérus { a) segment supérieur. b) segment inférieur. c) col.

Symptômes.

1° Généraux.

2° Locaux { a) palper. b) inspection.

Utérus volumineux, mou, de consistance pâteuse, difficilement délimitable, sans tendance à se contracter, donnant issue à un flot de sang par expression : *hémorrhagie interne post-partum par inertie utérine.*

Savoir qu'il existe parfois un écoulement assez abondant de sérosité roussâtre, qui n'est autre que le sérum sanguin exprimé des caillots restés dans l'utérus, qui demeure volumineux et paraît rétracté. Cette sensation de semi-dureté de l'organe est trompeuse, car bientôt il se relâche à nouveau et l'hémorrhagie redouble.

Symptômes généraux graves d'hémorrhagie interne coïncidant avec un utérus dur et contracté, dont le fond reporté très haut est mobile sur une autre tumeur située au-dessous, de consistance

mollasse, pâteuse, qui n'est autre que le segment inférieur rempli de sang plus ou moins coagulé : *hémorrhagie interne post-partum par inertie du segment inférieur de l'utérus.*

Si le sang coule au dehors, la main qui palpe sent ou bien le corps utérin dur et bien rétracté, c'est alors une *hémorrhagie interne post-partum de source autre que le segment supérieur de l'organe*, ou bien la main éprouve des difficultés à palper un utérus assez volumineux, très mou, en état d'inertie : c'est une *hémorrhagie externe (plus souvent mixte) post-partum par inertie utérine.*

En cas d'hémorrhagie externe, l'inspection permet-elle de faire le diagnostic de la source du sang ?

Un jet de sang volumineux, coïncidant avec la mollesse de l'utérus, indique fatalement l'inertie utérine : Coïncidant avec la dureté du corps utérin, il permet de supposer que le segment inférieur est en cause.

Un jet de sang rutilant, saccadé, doit faire penser à une déchirure du col.

Une hémorrhagie en nappe, continue, indiquerait plutôt une lésion du canal vagino-vulvaire.

Le procédé de diagnostic le plus certain est l'examen direct, portant sur la vulve, le vagin, le col de l'utérus.

En résumé, le diagnostic repose sur les points suivants : phénomènes généraux des pertes de sang abondantes, symptômes locaux basés sur le palper de l'utérus, qui sera trouvé tantôt mou et inerte, tantôt dur et contracté, et sur l'inspection des organes génitaux, qui permet de constater les caractères et les modalités de l'écoulement sanguin.

Nous avons ainsi déterminé les différentes sources des hémorrhagies post-partum :

1° Hémorrhagie interne par inertie utérine.
2° Hémorrhagie interne par inertie du segment inférieur.
3° Hémorrhagie externe par inertie utérine.
4° Hémorrhagie externe par inertie du segment inférieur.
5° Hémorrhagie d'origine vulvaire.
6° Hémorrhagie d'origine vaginale.

7° Hémorrhagie d'origne cervicale.

Pronostic. — Variable suivant la résistance de la malade, suivant la quantité de sang perdu, suivant la rapidité de la perte sanguine. Les hémorrhagies par inertie utérine sont les plus graves : les portes de sortie du sang sont multiples et larges.

La mort peut être subite, par syncope, ou rapide ; elle n'est pas fatale.

Quelques phénomènes généraux sont importants à constater : pâleur mortelle, voix éteinte, haleine froide, hypothermie marquée et persistante ; pouls petit, filiforme, imperceptible à la radiale : symptômes d'intoxication bulbaire par un sang mal hématosé ; délire, hallucinations.

En cas de survie, convalescence plus longue, plus pénible ; risques d'infection augmentés.

Peut-on prévoir une hémorrhagie post-partum ?

Le plus souvent, accident imprévu ; cependant on peut quelquefois la soupçonner. Plusieurs éléments d'investigation :

I. *Commémoratifs* :

a) Hémorrhagie à un accouchement antérieur.

b) Grossesses répétées à de courts intervalles.

c) Métrite préexistante (adhérences anormales du délivre).

II. *Pendant la grossesse* :

a) Surdistension de l'utérus.

b) Albuminurie ; affections cardiaques.

c) Viciation pelvienne : travail prolongé, fatigue musculaire.

d) Tumeur utérine (cancer, fibrome).

e) Tumeur abdominale (kyste de l'ovaire, etc).

d) Dépression mentale (Byers).

III. *Pendant l'accouchement* :

a) Contractions de la seconde période fortes et courtes.

b) Pouls rapide, peu tendu, saccadé vers la fin de l'accouchement.

c) Chloroforme, à dose anesthésique.

d) Travail très-long.

e) Travail trop rapide.

f) Putréfaction intra-utérine et physométrie : stupéfaction du muscle utérin par toxines et gaz toxiques.

g) Insertion du placenta sur le segment inférieur.

IV. *Pendant ou après la délivrance.*

Importance de l'état du pouls : calme, régulier, bien frappé, rien à craindre; petit, dépressible, rapide, hémorrhagie à redouter.

Traitement.

1° Prophylactique.

Ne pas terminer l'accouchement en l'absence de contractions utérines douloureuses.

Ne pas tenter la délivrance avant le retour des contractions et le décollement du placenta.

Eviter émotions vives, une température trop élevée de la chambre.

Favoriser les contractions de l'utérus par l'eau chaude.

Curatif. — Double indication :

1° Arrêter l'écoulement sanguin,

2° En combattre les effets sur l'état général.

Traitement de l'inertie utérine:

L'utérus inerte laisse béants les sinus veineux de l'aire placentaire, favorise l'accumulation du sang dans sa cavité, ce qui s'oppose à la coaptation des parois antérieure et postérieure; la fermeture des sinus, l'adossement des parois, sont une conséquence de la contractilité et de la rétractilité de l'utérus. Ce sont ces propriétés, qu'il a perdues, qu'il faut rendre à l'organe utérin.

A employer successivement :

1° Massage externe.

2° Injection intra-utérine à 48°, prolongée jusqu'à ce que le liquide de l'injection sorte à peine coloré. (Il y a de ce fait contre-indication à l'emploi du permanganate de potasse).

3° Introduction de la main dans l'utérus, pour le vider complètement des caillots qu'il peut renfermer. A répéter plusieurs fois, si nécessaire.

4° Tamponnement intra-utérin; il excite d'une façon perma-

nente la contractilité utérine, il obture directement les sinus veineux et y favorise la coagulation du sang.

5° Abaissement forcé de l'utérus, à l'aide d'une pince à griffes qui saisit à la fois les lèvres antérieure et postérieure du col. Ce procédé agirait par la compression des artères utérines, ainsi qu'on le voit au cours de l'hystérectomie vaginale.

6° Extirpation de l'utérus, à l'hôpital, inversion utérine artificielle, dans la pratique privée, tels sont des moyens extrêmes recommandés par Schauta.

7° Emploi des préparations d'ergot de seigle.

Ne peuvent agir assez vite contre l'hémorrhagie immédiate, mais ont une utilité incontestable pour prévenir le retour de l'inertie, pour favoriser le tonus utérin et le maintenir pendant quelques heures.

8° Compression de l'aorte. Les moyens étudiés ont surtout pour but de réveiller la contractilité utérine. Ils peuvent échouer; ou bien, le médecin, pris à l'improviste, n'a pas d'eau chaude, de gaze. Est-il un procédé qui empêche le sang d'arriver à l'utérus, source de l'écoulement ? On a cru le trouver dans la compression de l'aorte abdominale.

Traitement des hémorrhagies vulvo-vagino-cervicales :

1° Vulvaires : ligature, forcipressure, compression ;

2° Vaginales : ligature ou forcipressure. Tamponnement.

3° Cervicales : Suture de la déchirure. Tamponnement.

Le tamponnement vaginal ne sera fait que si le corps utérin est bien nettement contracté.

Traitement de l'anémie aiguë consécutive aux hémorrhagies abondantes.

Traiter la syncope ou l'état syncopal, c'est lutter contre l'olighémie bulbaire : pour cela, ramener le sang vers les parties supérieures du corps, vers la tête : celle-ci doit être en position déclive.

Auto-transfusion de Proufl (Tarnier).

Inhalations d'oxygène. Frictions stimulantes.

Soutenir le cœur : éther, caféine.

La syncope n'est pas due uniquement à l'olighémie bulbaire ;

elle est due également au vide relatif du systéme vasculaire. Pour y parer, injections de la solution saline physiologique (Hayem).

La syncope terminée, en éviter le retour : stimulants, cognac, champagne ; sous aucun prétexte, la malade ne doit lever la tête. Pas de déplacements. Lutter contre le refroidissement.

Traitement consécutif : toniques-alimentation, aussitôt que possible.

Hémorrhagies post-partum secondaires.

Précoces, survenant quelques heures aprés l'accouchement; tardives, apparaissant au bout de quelques jours.

Relévent de l'inertie utérine secondaire, commandent le même traitement exposé ci-dessus : évacuation de l'utérus, injections chaudes, tamponnement, etc.

Veiller à la rétention d'urine, à l'accumulation de matières fécales, causes de congestion utérine et d'hémorrhagies tardives.

Infection puerpérale. — Nord Médical, 15 juin 1900.

Revue générale concernant la thérapeutique de l'infection puerpérale.

Aprés un court exposé concernant les formes cliniques de l'infection puerpérale, nous abordons l'étude du traitement prophylactique.

1° Pendant la grossesse;

2° Pendant l'accouchement ;

3° Dans le post-partum.

Puis vient le traitement curatif :

1° Les injections intra-utérines ;

2° L'irrigation continue ;

3° Le curettage et le curage de la cavité utérine ;

4° L'hystérectomie.

Ce dernier chapitre a été traité dans son ensemble dans notre mémoire « Hystérotomie et hystérectomie et obstétrique ».

A côté du traitement obstétrical proprement dit, il y a le traitement médical :

1° Bains froids ;

2° Provocation d'abcès artificiels ;
3° Sérothérapie antistreptococcique ;
4° Injections de sérum artificiel.

Traitement de la péritonite puerpérale :
1° Médical ;
2° Chirurgical : contre le météorisme,
contre les collections purulentes,
laparotomie ou colpotomie.

Traitement de la phlegmatia alba dolens.

Maladies infectieuses et allaitement. — Nord Médical, 15 avril 1897.

De la ration alimentaire du nouveau-né. — Presse Médicale, 1904.

Etude générale sur la quantité de lait que doit prendre le nouveau-né, basée sur les recherches de M. le professeur Budin, et envisagée successivement :

1° Chez le nouveau-né à terme et bien portant :
2° Chez le prématuré et le débile.
3° Chez le nouveau-né malade.

Considérations sur la ration alimentaire dans l'allaitement artificiel, avec le lait de vache stérilisé et dans l'allaitement mixte.

FŒTUS

Un cas de mort du fœtus par torsion exagérée du cordon ombilical. — Nord Médical, 1er mars 1898.

La torsion du cordon ombilical est physiologique ; le nombre des tours de spire est variable et ne peut indiquer par lui-même le moment où la torsion devient pathologique. Celle-ci existe, lorsque, poussée à un degré extrême, elle devient nuisible au fœtus, entrave son développement et occasionne même sa mort. L'état pathologique apparaît dès que la lumière des vaisseaux ombilicaux s'efface du fait de la torsion.

Voici le fait que nous avons observé :

Secondipare, ayant senti des mouvements actifs du fœtus d'une vigueur extraordinaire à l'approche du 5me mois de sa grossesse, s'aperçoit un mois plus tard qu'ils n'existent plus. Appelé à l'examiner, je constate que l'utérus, de tension normale, remonte à l'ombilic; les différentes parties fœtales sont nettement perçues. Auscultation négative.

Certains phénomènes présentés par la femme au cours de sa première grossesse persistant, aucun signe rationnel de mort du fœtus n'existant (sauf l'absence de battements fœtaux que je n'avais pu percevoir), je réservai mon diagnostic.

Trois semaines plus tard, un fœtus mort et macéré fut expulsé.

L'examen du cordon ombilical ne laissa aucun doute sur la cause de la mort fœtale. Ce cordon, très maigre, long de 25 à 40 centimètres formait des tours de spire très nombreux et très serrés, au point de donner au toucher une sensation de tissu sclérosé.

Près de l'ombilic, les tours de spire étaient contigus et se reformaient immédiatement après détorsion. A ce niveau, le cordon avait le calibre d'une plume de poule. En trois autres points de son étendue la tige funiculaire présentait la même anomalie.

L'examen histologique a été pratiqué par M. le professeur Laguesse : « A l'endroit le plus étroit, le plus serré, il y a de nombreuses fibres conjonctives. Le tissu fondamental qui, normalement, est du tissu muqueux très riche en cellules et en matière amorphe, très pauvre en fibres, se trouve ici riche en fibres conjonctives. De sorte que dans les points du cordon qui ont conservé une certaine épaisseur, c'est à peu près du tissu conjonctif lâche ; dans ces points réduits au minimum, c'est du tissu conjonctif dense, fibreux et on voit nettement que, du fait de la torsion, une telle pression est exercée sur les cellules que comprimées entre les fibres, elles ont pris l'aspect du long ruban.

Sur toute la longueur du cordon, on retrouve les trois vaisseaux; les deux artères ont des parois épaisses, leur lumière est oblitérée : quant à la veine, les deux parois sont juxtaposées, la lumière est réduite à une simple fente. Les vaisseaux n'ont pas été coupés, mais tordus jusqu'à l'oblitération. Dans les parties amincies, ils sont plus petits, en voie d'atrophie.

En résumé la torsion a amené la sclérose du tissu du cordon, avec oblitération des vaisseaux et commencement d'atrophie.

La torsion exagérée du cordon ombilical comme cause de la mort du fœtus pendant la grossesse ne semble pas avoir attiré l'attention des anciens accoucheurs.

Parmi le nom des premiers observateurs, nous trouvons ceux de Kilian, d'Outrepont, Dohn, Moir, etc.

En 1857, Billi en a rapporté deux faits ; depuis lors on en trouve diverses observations. (Cordonnier : de la torsion ombilicale et de son influence sur le fœtus).

La théorie pathogénique la plus généralement admise est celle qui attribue cette torsion à des mouvements exagérés du fœtus.

L'observation que nous signalons est intéressante par l'examen histologique du cordon.

Note sur un cae de coneanguinité. — Malformations fœtales multiplee : main-bote, pied-bot, reins polykystiques, etc. — Revue Obstétricale Internationale, 1897.

Sur un embryon humain dérodyme de dix-neuf millimètres et sur l'origine des monetres doublee en général, par E. Laguesse, Professeur d'Histologie, et V. Bué, Chef de Clinique obstétricale. — (Travail du laboratoire d'histologie et d'embryologie de la Faculté de Médecine de Lille). — Journal de l'Anatomie et de la Physiologie normales et pathologiques de l'homme et des animaux.

Janvier-Février 1898.

La présence de deux cordes dorsales dans l'embryon dérodyme étudié montre bien que chez l'homme, comme chez les animaux déjà étudiés, les monstres doubles sont fournis par la fusion de plus en plus intime de deux ébauches embryonnaires tout d'abord distinctes.

Il peut y avoir fusion de deux œufs en présence de deux vésicules germinatives, c'est-à-dire de deux noyaux dans le même œuf.

Mais, le plus souvent, il y aura un seul œuf, et de cet œuf unique, sortiront, au lieu d'un être unique, ou bien un être double, ou bien même deux êtres distincts (jumeaux univitellins).

La première cause que l'on puisse accuser, c'est un vice dans la fécondation elle-même, c'est l'accès dans l'œuf de plusieurs spermatozoïdes ou *polyspermie*. C'est là aujourd'hui, pour la plupart des auteurs, l'origine des monstres multiples, et M. le Professeur Duval a pu dire, il y a quelques années, que « non seulement cette polyspermie est l'une des causes possibles de la diplogenèse, mais qu'elle en est même la seule cause probable, en tout cas, la seule qui ait pu être bien étudiée ». On sait que cette conclusion repose sur les recherches de Fol chez les oursins. Il a montré que normalement, un seul spermatozoïde doit entrer dans l'œuf et son noyau former, par fusion avec celui de l'ovule mûr, le noyau de l'œuf fécondé.

Accidentellement, l'ovule, engourdi ou intoxiqué, peut laisser pénétrer plusieurs têtes de spermatozoïdes qui se conjuguent à son noyau. Fol obtenait alors des monstres doubles ou multiples.

Mais la polyspermie ne serait plus, aujourd'hui, la cause unique des monstres doubles. Un seul œuf normalement fécondé par un spermatozoïde, pourrait engendrer un monstre double; voici comment :

Quand l'ovule fécondé se segmente en deux cellules secondaires, chacune de ces deux premières cellules a-t-elle une détermination, une destination précise ? Chez beaucoup d'animaux on sait que de l'une dérivera l'ectoderme, de l'autre l'entoderme, mais il n'en est pas toujours ainsi.

Parfois (ascidies, grenouilles) l'une de ses cellules paraît destinée à donner la moitié droite, et l'autre la moitié gauche du corps.

Dès 1891, Hans Driesch montre que le secouage, chez l'oursin, au lieux d'isoler complètement les deux cellules qui résultent de la première segmentation de l'ovule, peut les détacher simplement l'une de l'autre, tout en les maintenant renfermées dans la membrane de l'œuf. On les voit alors évoluer séparément à l'intérieur de cette commune enveloppe pour donner deux larves complètes, mais moitié plus petites que les larves normales. En un mot, on voit dans un même œuf, du simple fait de l'écartement mécanique des deux premières spheres de segmentation se développer deux jumeaux (gémellité univitelline) au lieu d'un seul être. Il fallait s'attendre à trouver parfois à la place de ces jumeaux un monstré double très-net. Tout récemment, Wetzel a étudié plusieurs cas de ce genre chez les vertébrés supérieurs.

En résumé, les causes connues jusqu'ici qui président à l'éclosion d'un monstre double sont au nombre de trois. Ce sont :

1° La présence de deux ovules ou de deux œufs en voie de segmentation.

2° La polyspermie, c'est-à-dire la pénétration de plusieurs spermatozoïdes dans l'ovule au moment de la fécondation.

3° L'action d'influences extérieures mécaniques ou chimiques sur l'œuf normalement fécondé en voie de segmentation.

THÈSES INSPIRÉES

renfermant les principaux faits cliniques recueillis à la Clinique Obstétricale de Lille.

CARETTE. — Contribution à l'étude de l'accouchement prématuré artificiel. — Lille, 1892.

BEULQUE. — Quelques faits cliniques pour servir à l'étude de l'hystérie, de l'épilepsie et de la chorée, pendant la grossesse et pendant le travail. — Lille, 1893.

MONIER. — De la conduite à tenir dans l'accouchement par le siège. — Lille, 1894.

ROBILLIARD. — Essai sur l'application du forceps au détroit supérieur. — Lille, 1894.

DHAINE. — Contribution à l'étude du prolapsus de l'utérus gravide. Lille, 1894.

DEROUBAIX. — Grossesse et Pneumonie. — Lille, 1894.

LECOMTE. — Paralysies obstétricales des membres supérieurs chez le nouveau-né. — Lille, 1895.

THIBAUT. — Essai sur l'effacement du col. — Lille, 1895.

DELBREIL. — Des relations qui existent entre la scarlatine de l'enfance et les grossesses ultérieures. — Lille, 1895.

GUGELOT. — Contribution à l'étude du traitement de l'infection puerpérale. — Lille, 1896.

BOUTRY. — De la mort apparente du nouveau-né. — Lille, 1896.

HORNEZ. — De la vessie dans l'état puerpéral. — Lille, 1897.

LADEN. — Contribution à l'étude de la symphyséotomie. — Lille, 1897.

MORAUX. — De la disjonction de la symphyse pubienne dans l'accouchement. — Lille, 1897.

BRUNEAU. — Du placenta inséré sur le segment inférieur de l'utérus. — Lille, 1897.

BLANCHARD. — Contribution à l'étude de la symptomatologie et du traitement de la môle hydatiforme. — Lille, 1897.

THÉRET. — Étude sur la rétention des membranes dans la délivrance à terme. — Lille, 1898.

DUPUIS. — Documents pour servir à l'étude de la dystocie de l'anneau de Bandl. — Lille, 1899.

THÉRET J. — Contribution à l'étude de l'accouchement spontané dans les bassins viciés. — Lille, 1899.

DUPRÉ-LEFEBVRE. — Considérations cliniques sur la grossesse et l'accouchement chez les cyphotiques, d'après les observations de la Clinique obstétricale de Lille, de 1886 à 1899. — Lille, 1900.

DEFOUILLOY. — Étude clinique de la putréfaction intra-utérine et de la physométrie. — Lille, 1900.

BOUVIER. — Septicémie puerpérale et abcès artificiels. — Lille, 1900.

KOVATCHEFF. — Dystocie fœtale par rétention d'urine. — Lille, 1901.